

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUNJUNGAN
ANTENATAL CARE DI PROVINSI SUMATERA UTARA (ANALISIS DATA
SDKI 2017)**

SKRIPSI



OLEH:

MADURI SAKILLA

NIM: 0801172202

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA
MEDAN
2021**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KUNJUNGAN *ANTENATAL CARE* DI PROVINSI SUMATERA
UTARA (ANALISIS DATA SDKI 2017)**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M.)**

Oleh:

MADURI SAKILLA

NIM: 0801172202

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA
MEDAN**

2021

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUNJUNGAN
ANTENATAL CARE DI PROVINSI SUMATERA UTARA (ANALISIS
DATA SDKI 2017)**

MADURI SAKILLA

NIM: 0801172202

ABSTRAK

Tingginya Angka Kematian Ibu di Indonesia terkait dengan kualitas perilaku ibu hamil yang tidak memanfaatkan pelayanan *antenatal care* selama masa kehamilan. Rendahnya kunjungan *antenatal care* dapat meningkatkan komplikasi maternal dan neonatal serta kematian ibu dan anak karena adanya kehamilan berisiko tinggi yang tidak segera ditangani. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan Analisis Data Sekunder SDKI 2017 dan menggunakan desain studi *cross sectional* dengan jumlah sampel sebanyak 683 ibu usia 15-49 tahun yang pernah melahirkan dan melakukan kunjungan *antenatal care* selama masa kehamilan. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan, status ekonomi dan pendampingan suami dengan kunjungan *antenatal care*. Upaya promosi kesehatan harus dimaksimalkan guna meningkatkan pengetahuan ibu hamil mengenai pelayanan *antenatal care* sebagai upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak sehingga dapat mencegah terjadinya risiko pada kehamilan sedini mungkin serta menurunkan angka kematian ibu dan anak.

Kata Kunci: faktor-faktor, kunjungan, *antenatal care*, ibu hamil

**FACTORS ASSOCIATED WITH *ANTENATAL* CARE VISITS IN NORTH
SUMATRA PROVINCE (IDHS DATA ANALYSIS 2017)**

MADURI SAKILLA

NIM: 0801172202

ABSTRACT

The high Maternal Mortality rate in Indonesia is related to the quality of the behavior of pregnant women do not make use of antenatal care during pregnancy. The low antenatal care visits can increase the complications of maternal and neonatal as well as maternal and child mortality due to the presence of high risk pregnancies that are not immediately addressed. The purpose of this study was to determine the factors associated with antenatal care visits in North Sumatra Province. This research is a quantitative approach to the Analysis of Secondary Data IDHS 2017 and use the design a cross sectional study with a total sample of 683 mothers age 15-49 years who have given birth and antenatal care during pregnancy. Data processing was performed by using univariate analysis and bivariate by using chi-square test. The results showed that there is a significant relationship between the level of education, economic status and mentoring husband with antenatal care visits. The efforts of health promotion should be maximized in order to increase the knowledge of pregnant women regarding antenatal care as improving the health of mothers and children so as to prevent the occurrence of risks in pregnancy as early as possible and reduce maternal and child mortality.

Keywords: factors, visits, antenatal care, pregnant women

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Nama : Maduri Sakilla
NIM : 0801172202
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Epidemiologi
Tempat, Tgl. Lahir : Kayu Aro, 07 Maret 1999
Judul Skripsi : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan
Antenatal Care di Provinsi Sumatera Utara (Analisis
Data SDKI 2017)

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Skripsi ini merupakan hasil karya asli saya yang diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Strata 1 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
2. Semua sumber yang saya gunakan dalam penulisan ini telah saya cantumkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
3. Jika di kemudian hari terbukti bahwa karya ini bukan hasil karya asli saya atau merupakan jiplakan dari karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.

Medan, 20 September 2021



Maduri Sakilla
NIM. 0801172202

HALAMAN PERSETUJUAN

Nama : Maduri Sakilla
NIM : 0801172202

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUNJUNGAN *ANTENATAL CARE* DI PROVINSI SUMATERA UTARA (ANALISIS DATA SDKI 2017)

Dinyatakan bahwa skripsi dari mahasiswa ini telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan.

Medan, 20 September 2021

Disetujui,

Pembimbing Umum



Tri Bayu Purnama, S.K.M., M.Med.Sci.
NIP. 19921014 201903 1 011

Pembimbing Integrasi Keislaman



Dr. Jufri Naldo, M.A.
NIP. 19860626 201503 1 007

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi Dengan Judul:

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUNJUNGAN
ANTENATAL CARE DI PROVINSI SUMATERA UTARA (ANALISIS
DATA SDKI 2017)**


Yang dipersiapkan dan dipertahankan oleh:

MADURI SAKILLA
NIM: 0801172202

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Skripsi
Pada Tanggal 24 Agustus 2021 dan
Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat untuk Diterima

TIM PENGUJI


Ketua Penguji


Susilawati, S.K.M., M.Kes.
NIP. 19731113 199803 2 004


Penguji I


Tri Bayu Purnama, S.K.M., M.Med.Sci.
NIP. 19921014 201903 1 011

Penguji II



Putra Apriadi Siregar, S.K.M., M.Kes.
NIP. 19890416 201903 1 014

Penguji Integrasi


Dr. Jufri Naldo, M.A.
NIP. 19860626 201503 1 007

Medan, 20 September 2021
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Islam Negeri Sumatera Utara

Dekan,


Prof. Dr. Syafaruddin, M.Pd.
NIP. 19620716 199003 1 004

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Maduri Sakilla
Tempat, Tgl. Lahir : Kayu Aro, 07 Maret 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat Rumah : Perum. Bumi Sarana Indah I Blok B1 No. 2 Kec. Batu Aji,
Kota Batam, Kepulauan Riau, 29438
Contact Person : +62 822 8827 2329
Alamat e-mail : maduridakilla@gmail.com

LATAR BELAKANG PENDIDIKAN

SD (2011) : SDN 001 Batu Aji, Kota Batam
SMP (2014) : SMP Negeri 11 BATAM
SMA (2017) : SMA Negeri 3 BATAM
Perguruan Tinggi : Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan,
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat, Peminatan Epidemiologi.

PENGALAMAN

2020 : TIM SATGAS (Satuan Tugas) COVID-19 KKP KELAS I BATAM
2021 : Tenaga Bantuan KKM (Kedaruratan Kesehatan Masyarakat) COVID-19
KKP KELAS I BATAM

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

*“We make mistakes because we’re human,
but making it right is our duty.”*

Penulis persembahkan kepada:

- ❖ Keluarga
- ❖ Rekan Seperjuangan
- ❖ UIN, Sumatera Utara

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamu 'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Alhamdulillahirabbil 'alamin Puji Syukur kehadiran Allah *Subhanahu wa ta'ala* karena atas rahmat dan karunia-Nyalah penulis dapat menyelesaikan tugas akhir yakni skripsi yang berjudul **“Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Antenatal Care di Provinsi Sumatera Utara (Analisis Data SDKI 2017)”** ini untuk meraih gelar sarjana.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak **Prof. Dr. H. Syahrudin Harahap, M.A.** selaku Rektor Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan
2. Bapak **Prof. Dr. Syafaruddin, M. Pd.** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan.
3. Ibu **Susilawati, S.K.M., M.Kes.** selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan.
4. Ibu **Zata Ismah, S.K.M., M.K.M.** selaku Ketua Koordinator Peminatan Epidemiologi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan.
5. Ibu **Delfriana Ayu A., S.S.T., M.Kes.** selaku Pembimbing Akademik yang telah membimbing dan memberikan motivasi selama menempuh perkuliahan.

6. Seluruh **Staff** dan **Dosen Pengajar** di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara, atas ilmu dan pengalaman selama menempuh perkuliahan.
7. Bapak **Tri Bayu Purnama, S.K.M., M.Med.Sci.** selaku Pembimbing Umum Skripsi, atas segala doa, bimbingan, saran, motivasi, dan bantuan yang telah diberikan selama penyusunan skripsi ini.
8. Bapak **Dr. Jufri Naldo, M.A.** selaku Pembimbing Kajian Integrasi Keislaman, atas segala doa, bimbingan, saran, motivasi, dan bantuan yang telah diberikan selama penyusunan skripsi ini.
9. Bapak **Putra Apriadi Siregar, S.K.M., M.Kes.** selaku Penguji Umum Skripsi, atas segala doa, bimbingan, saran, motivasi, dan bantuan yang telah diberikan selama penyusunan skripsi ini.
10. Teruntuk kedua orang tua penulis, ayahanda **H. Suprianto** dan Ibunda **Milana Dewi** tercinta yang selalu memberikan doa, perhatian, kasih sayang yang tak terhingga, motivasi, semangat yang tiada habisnya, serta dukungan moril dan materil.
11. Kakak&Adik tercinta **Ns. Wulan, S.Kep.** dan **Atikah Layanah** yang telah memberikan semangat, motivasi dan hiburan selama proses penyusunan skripsi.
12. Teman-teman seperjuangan di **Peminatan Epidemiologi FKM UINSU Medan** angkatan 2017, terima kasih atas kisah suka maupun duka selama menempuh perkuliahan.
13. Seluruh rekan sejawat di **Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2017** khususnya **IKM C'17**, terima kasih atas kisah suka maupun duka selama menempuh perkuliahan.
14. *My colleague عبد العزيز, the words can't describe how lucky i am, i can't say thanks enough.*

15. *My buddies* **Windi Aulia, Tasya Rahmadani**, dan lain-lain yang tidak dapat disebutkan satu per satu, *i'll never forget what u've done, thanks a lot.*
16. Teman gagal kedokteran **Rizqa Ichlasul Akhir** yang kini telah lebih dulu menyelesaikan pendidikan Epidemiologi di salah satu Perguruan Tinggi Negeri di Indonesia, terima kasih selalu memberikan *positive vibes* serta semangat yang tiada habisnya bahkan di titik terlelah sekalipun.
17. Rekan-rekan kerja di KKP Kelas I Batam, Kakanda **Tania Afriyani, S.Kep.**, Kakanda **Yossi Pratiwi, S.K.L.**, dan Kakanda **Yolanda Ridwan, S.K.M.** yang selalu memberikan semangat di saat lelah menempuh perkuliahan sembari bekerja untuk negara, terima kasih atas ilmu dan pengalaman berharga selama ini.
18. *Last but not least, thank you so much for me, i'm really thankful for my self*, terima kasih karena telah sampai di titik ini.

Dengan segala kerendahan hati, penulis sangat menyadari bahwa masih banyak kekurangan pada skripsi ini. Maka dari itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca demi kesempurnaan dan perbaikan skripsi ini.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Medan, 20 September 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL DENGAN SPESIFIKASI	i
ABSTRAK	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
RIWAYAT HIDUP PENULIS.....	vii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR ISTILAH	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	19
1.1. Latar Belakang.....	19
1.2. Rumusan Masalah.....	23
1.3. Tujuan Penelitian.....	23
1.3.1. Tujuan Umum	23
1.3.2. Tujuan Khusus.....	23
1.4. Manfaat Penelitian.....	24
1.4.1. Manfaat Teoretis	24
1.4.2. Manfaat Praktis	24
BAB II LANDASAN TEORETIS.....	26
2.1. Konsep Kehamilan	26
2.1.1. Definisi Kehamilan	26

2.1.2. Perubahan pada Masa Kehamilan	26
2.2. Konsep Antenatal Care	27
2.2.1. Definisi Antenatal Care	27
2.2.2. Tujuan Antenatal Care	29
2.2.3. Standar Pelayanan <i>Antenatal Care</i>	30
2.3. Konsep Perilaku Kesehatan	31
2.3.1. Definisi Perilaku Kesehatan	31
2.3.2. Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	33
2.4. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	34
2.4.1. Faktor Predisposisi	35
2.4.2. Faktor Pemungkin	39
2.4.3. Faktor Penguat	41
2.5. Kajian Integrasi Keislaman	42
2.5.1. Kunjungan <i>Antenatal Care</i> menurut Al-Qur'an	42
2.5.2. Pandangan Ulama terhadap Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	45
2.5.3. Kunjungan <i>Antenatal Care</i> dalam Pandangan Fiqh	48
2.6. Kerangka Teori	50
2.7. Kerangka Konsep Penelitian	51
2.8. Hipotesis Penelitian	52

BAB III METODE PENELITIAN 53

3.1. Jenis dan Desain Penelitian	53
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	53
3.3. Populasi dan Sampel	53
3.3.1. Populasi	53
3.3.2. Sampel	54
3.3.3. Teknik Pengambilan Sampel	54
3.4. Variabel Penelitian	55
3.5. Definisi Operasional	56
3.6. Teknik Pengumpulan Data	57
3.6.1. Jenis data	57
3.6.2. Alat atau Instrumen Penelitian	58
3.6.3. Prosedur Pengumpulan Data	58
3.7. Analisis Data	58

3.7.1. Analisis Univariat.....	59
3.7.2. Analisis Bivariat.....	59
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	60
4.1. Hasil.....	60
4.1.1. Distribusi Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	60
4.1.2. Distribusi Faktor Predisposisi	60
4.1.3. Distribusi Faktor Pemungkin	64
4.1.4. Distribusi Faktor Penguat.....	66
4.1.5. Distribusi Faktor Predisposisi dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> ...	67
4.1.6. Distribusi Faktor Pemungkin dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	70
4.1.7. Distribusi Faktor Penguat dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	73
4.2. Pembahasan	74
4.2.1. Hubungan Kelompok Usia dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	74
4.2.2. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> ..	75
4.2.3. Hubungan Status Pekerjaan dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	77
4.2.4. Hubungan Riwayat Komplikasi dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	79
4.2.5. Hubungan Daerah Tempat Tinggal dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	80
4.2.6. Hubungan Status Ekonomi dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	82
4.2.7. Hubungan Pendampingan Suami dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	84
4.3. Kunjungan <i>Antenatal Care</i> dalam Perspektif Islam	86
4.3.1. Tingkat Pendidikan	86
4.3.2. Status Ekonomi	88
4.3.3. Pendampingan Suami.....	89
4.4. Keterbatasan Peneliti	91
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	92
5.1. Kesimpulan.....	92
5.2. Saran	94
DAFTAR PUSTAKA	97

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian	56
Tabel 4.1.	Distribusi Responden berdasarkan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017	60
Tabel 4.2.	Distribusi Responden berdasarkan Kelompok Usia di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017	61
Tabel 4.3.	Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017	61
Tabel 4.4.	Distribusi Responden berdasarkan Status Pekerjaan di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017	62
Tabel 4.5.	Distribusi Responden berdasarkan Riwayat Komplikasi di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017	63
Tabel 4.6.	Distribusi Responden berdasarkan Jumlah Komplikasi Saat Kehamilan di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017	63
Tabel 4.7.	Distribusi Responden berdasarkan Tanda-tanda Bahaya Saat Kehamilan di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017	64
Tabel 4.8.	Distribusi Responden berdasarkan Daerah Tempat Tinggal di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017	65
Tabel 4.9.	Distribusi Responden berdasarkan Status Ekonomi di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017	65
Tabel 4.10.	Distribusi Responden berdasarkan Pendampingan Suami di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017	66
Tabel 4.11.	Distribusi antara Kelompok Usia dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	67
Tabel 4.12.	Distribusi antara Tingkat Pendidikan dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	67
Tabel 4.13.	Distribusi antara Status Pekerjaan dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	69
Tabel 4.14.	Distribusi antara Riwayat Komplikasi dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	70
Tabel 4.15.	Distribusi antara Daerah Tempat Tinggal dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	71
Tabel 4.16.	Distribusi antara Status Ekonomi dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	72
Tabel 4.17.	Distribusi antara Pendampingan Suami dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	50
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	51
Gambar 3.1 Alur Penentuan Sampel	55

DAFTAR ISTILAH

- Antenatal Care* : Pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental pada ibu hamil secara optimal (KEMENKES RI, 2018c).
- Spotting* : Bercak darah yang keluar setelah penggunaan alat kontrasepsi suntik hormonal yang mengandung progestin (Umiyah, 2018).
- Nidasi (Implantasi) : Masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi pada stadium blakista (blastula) (Prawirohardjo, 2014).
- Preeklampsia : Hipertensi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu atau setelah persalinan ditandai dengan meningkatnya tekanan darah menjadi 140/90 mmHg (Situmorang, Damantalm, Januarista, & Sukri, 2016)

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian	107
Lampiran 2. Output Hasil Analisis Data	114

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk semua usia merupakan tujuan ketiga *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang harus dicapai pada Tahun 2030 (United Nations, 2015). Mengurangi risiko angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran, menurunkan Angka Kematian Neonatal hingga 12 per 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita hingga 25 per 1000 kelahiran hidup menjadi target dalam meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk semua usia termasuk ibu dan anak (BAPPENAS, 2017).

Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia pada tahun 2012 sebesar 234 per kelahiran hidup dan pada tahun 2015 sebesar 216 per 100.000 kelahiran hidup atau diperkirakan jumlah kematian ibu sebanyak 303.000 kematian dengan jumlah tertinggi berada di negara berkembang yaitu sebesar 302.000 kematian (WHO, 2015) (WHO, 2019). Sedangkan di 2017, Data Bank Dunia mencatat Angka Kematian Ibu di dunia sebesar 211 per 100.000 kelahiran hidup, WHO memperkirakan setiap harinya sekitar 810 ibu meninggal karena kehamilan dan persalinan dengan penyebab yang dapat dicegah dan 94% dari semua kematian terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah ke bawah (WHO, 2020).

Angka Kematian Ibu senantiasa menjadi indikator keberhasilan sektor pembangunan kesehatan di seluruh negara termasuk Indonesia (KEMENKES RI, 2018a). Berdasarkan Data Profil Kesehatan Indonesia, Angka Kematian Ibu (AKI)

pada Tahun 2012 mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup dan turun menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup pada Tahun 2017 (KEMENKES RI, 2017). Sedangkan berdasarkan perbandingan secara internasional oleh WHO (*World Health International*), UNICEF (*United Nations International Children's Emergency Fund*), UNFPA (*United Nations Population Fund*), *World Bank Group*, dan *the United Nations Population Division*, Angka Kematian Ibu di Indonesia pada tahun 2012 sebesar 214 per 100.000 kelahiran hidup dan menurun pada tahun 2017 menjadi 177 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2019). Meskipun terjadi penurunan, namun masih jauh dari target nasional yang harus dicapai pada tahun 2030 yaitu Angka Kematian Ibu di Indonesia diperkirakan turun menjadi 131 per 100.000 kelahiran hidup (KEMENKES RI, 2018b).

Tingginya Angka Kematian Ibu di Indonesia terkait dengan banyak faktor, diantaranya kualitas perilaku ibu hamil yang tidak memanfaatkan *antenatal care* pada pelayanan kesehatan kehamilan (Desiana, 2018). Rendahnya kunjungan pada *antenatal care* dapat meningkatkan komplikasi maternal dan neonatal serta kematian ibu dan anak karena adanya kehamilan berisiko tinggi yang tidak segera ditangani (Wulandari & Erawati, 2016). Pelayanan kesehatan selama masa kehamilan, persalinan dan nifas sangat penting bagi keberlangsungan hidup ibu dan bayi, termasuk dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir serta menjadi prioritas utama pembangunan kesehatan nasional maupun global (SDKI, 2017).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 mengamanatkan bahwa pelayanan kesehatan ibu selama kehamilan dilakukan melalui pemeriksaan kehamilan (*antenatal care* atau ANC) yang komprehensif dan berkualitas guna

mempersiapkan persalinan yang bersih, aman dan sehat (KEMENKES RI, 2014). Pemeriksaan ANC (*antenatal care*) merupakan pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental pada ibu hamil secara optimal (KEMENKES RI, 2018c).

Pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*) pertama kali yang ideal dilakukan sedini mungkin atau paling lama umur kandungan tiga bulan (WHO, 2016). Pemerintah merekomendasikan minimal 4 (empat) kali pemeriksaan selama masa kehamilan, yaitu minimal 1 (satu) kali pada *trimester* pertama, minimal 1 (satu) kali pada *trimester* kedua, dan minimal 2 (dua) kali pada *trimester* ketiga (KEMENKES RI, 2014).

Berdasarkan Data Profil Kesehatan Indonesia 2017, cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 di Indonesia pada Tahun 2012 sebesar 90,18% dan turun menjadi 87,3% pada Tahun 2017 (KEMENKES RI, 2017). Sedangkan cakupan kunjungan ibu hamil K4 di Provinsi Sumatera Utara pada Tahun 2012 sebesar 85,9% dan meningkat menjadi 87,1% pada Tahun 2017 (BPS SUMUT, 2018). Meskipun cakupan kunjungan ibu hamil K4 di Provinsi Sumatera Utara meningkat, namun masih jauh dari target nasional yaitu kunjungan pelayanan *antenatal care* harus mencapai 99,75% (KEMENKES RI, 2017).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017 menunjukkan bahwa Sumatera Utara merupakan salah satu dari 5 besar provinsi paling tinggi di Indonesia dengan distribusi ibu hamil yang tidak pernah melakukan pemeriksaan kehamilan dan mengalami komplikasi selama masa kehamilan (SDKI, 2017). Masalah dalam mengakses pelayanan kesehatan menjadi hambatan terbesar dalam melakukan pemeriksaan kehamilan, sebanyak 36% wanita usia 15-49 tahun

mengalami paling sedikit 1 masalah dalam mengakses pelayanan kesehatan ketika mereka merasa sakit dan beberapa wanita melaporkan alasan tidak mengakses pelayanan kesehatan karena tidak ada orang yang menemani saat berobat (SDKI, 2017).

Dukungan suami yang baik sebagai pendamping terdekat ibu berperan paling dominan dalam mempengaruhi kelengkapan *antenatal care* (Aryanti, Karneli, & Pratiwi, 2020) (Dewi, Widarini, & Karmaya, 2014). Penelitian di Kota Debre Berhan Ethiopia menunjukkan bahwa keterlibatan pasangan memiliki hubungan yang signifikan secara statistik terhadap pemanfaatan *antenatal care* minimal 4 (empat) kali kunjungan (Tizazu, Eyosiyas, Mikyas, & Asalif, 2020). Penelitian di Jakarta Utara Tahun 2018 juga mengatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan suami terhadap kepatuhan melakukan kunjungan antenatal care pada ibu dengan nilai $p=0.005$ (<0.05) (Handayani, 2017).

Faktor lain yang juga berpengaruh terhadap kunjungan *antenatal care* adalah tingkat pendidikan (Doloksaribu, 2018). Penelitian di Pakistan pada tahun 2017 menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dengan tingkat pendidikan responden (Jehan, Jameel, & Ghani, 2017). Penelitian Renty (2018) juga menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu hamil dengan kunjungan pemeriksaan *antenatal care* di Puskesmas Lubuk Alung dengan $p\text{-value}=0,003$ ($p<0,05$), hasil penelitian menunjukkan semakin tinggi pendidikan seorang wanita maka akan semakin mampu mandiri dalam mengambil keputusan menyangkut diri sendiri sehingga mereka akan mampu memperhatikan kesehatan kehamilan mereka dengan datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (Ahmalia & Parmisze, 2018).

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 dilaksanakan bersama oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan Kementerian Kesehatan yang mencakup 34 provinsi di Indonesia termasuk Provinsi Sumatera Utara yang salah satu penelitiannya mengenai *antenatal care*, sehingga memungkinkan untuk dilakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah belum diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui distribusi ibu berdasarkan faktor predisposisi (usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, riwayat komplikasi).

- 2) Mengetahui distribusi ibu berdasarkan faktor pemungkin (daerah tempat tinggal dan status ekonomi).
- 3) Mengetahui distribusi ibu berdasarkan faktor penguat (pendampingan suami).
- 4) Mengetahui hubungan antara faktor predisposisi (usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, riwayat komplikasi) dengan kunjungan *antenatal care*.
- 5) Mengetahui hubungan antara faktor pemungkin (daerah tempat tinggal dan status ekonomi) dengan kunjungan *antenatal care*.
- 6) Mengetahui hubungan antara faktor penguat (pendampingan suami) dengan kunjungan *antenatal care*.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoretis

Penelitian ini diharapkan mampu memperbaiki dan meningkatkan faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan *antenatal care* sehingga dapat mencapai target dalam meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk semua usia termasuk ibu dan anak.

1.4.2. Manfaat Praktis

1.4.2.1. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman peneliti mengenai pelayanan kesehatan

ibu dan anak serta menjadi sarana penerapan ilmu pengetahuan yang telah didapat selama mengikuti pendidikan di FKM UINSU.

1.4.2.2. Bagi Pemerintah

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan data dan informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 serta dapat menentukan kebijakan dalam rangka meningkatkan kualitas kunjungan *antenatal care* sekaligus meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk semua usia termasuk ibu dan anak.

1.4.2.3. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi mengenai pelayanan kesehatan ibu selama kehamilan yang dilakukan melalui pemeriksaan kehamilan (*antenatal care* atau ANC) yang komprehensif dan berkualitas guna mempersiapkan persalinan yang bersih, aman dan sehat.

1.4.2.4. Bagi Instansi Pendidikan

Memberikan rujukan dan masukan untuk penelitian selanjutnya mengenai kunjungan *antenatal care* baik di Provinsi Sumatera Utara maupun provinsi lain di Indonesia pada tahun-tahun berikutnya.

BAB II

LANDASAN TEORETIS

2.1. Konsep Kehamilan

2.1.1. Definisi Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional.

Kehamilan terbagi dalam 3 *trimester*, *trimester* kesatu berlangsung dalam 12 minggu, *trimester* kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan *trimester* ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2014)

2.1.2. Perubahan pada Masa Kehamilan

Selama masa kehamilan, seorang ibu akan mendapatkan perubahan pada tubuhnya yang dibagi berdasarkan usia kehamilan ibu yaitu *trimester* pertama, kedua, dan ketiga:

1) *Trimester* pertama

Tanda-tanda fisik pada ibu hamil seperti *spotting* terjadi sekitar 11 hari dengan gejala merasa lelah dan sering buang air kecil. Selain itu, pada usia kehamilan ini seorang ibu juga akan sering merasa mual dan muntah serta mengalami kenaikan berat badan.

2) *Trimester* kedua

Pada *trimester* ini uterus akan terus membesar dan payudara mulai mengeluarkan kolostrum. Seorang ibu juga mulai merasakan getaran janin dan tampak perubahan pada kulit.

3) *Trimester* ketiga

Pada *trimester* ketiga, pembesaran uterus akan terus bertambah dan payudara terasa penuh serta lunak. Gejala lain yang mungkin akan timbul yaitu sering buang air kecil dan tidur terasa sulit (Wulandari S. E., 2016).

2.2. Konsep Antenatal Care

2.2.1. Definisi Antenatal Care

Kesehatan ibu dan anak sangat bergantung pada kondisi ibu saat sebelum hamil. Oleh karena itu, menjaga dan meningkatkan status kesehatan seorang wanita sejak sebelum hamil sangatlah penting dalam memastikan kelangsungan hidup ibu dan anak dengan baik (KEMENKES RI, 2015).

Salah satu solusi efektif dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah dengan cara meningkatkan pertolongan persalinan yang dilakukan oleh tenaga medis terlatih yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Di samping itu, dibutuhkan partisipasi serta kesadaran ibu terhadap pentingnya pemeriksaan kehamilan di fasilitas pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan (KEMENKES RI, 2018c).

Pemeriksaan *antenatal care* (ANC) merupakan pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental

pada ibu hamil secara optimal, hingga mampu menghadapi masa persalinan, nifas, menghadapi persiapan pemberian ASI secara eksklusif, serta kembalinya kesehatan alat reproduksi dengan wajar. Pemeriksaan kehamilan dilakukan minimal 4 (empat) kali selama masa kehamilan, yaitu 1 kali pemeriksaan pada *trimester* pertama, 1 kali pemeriksaan pada *trimester* kedua, dan 2 kali pemeriksaan pada *trimester* ketiga (KEMENKES RI, 2018c).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), *antenatal care* bertujuan untuk mendeteksi dini terjadinya risiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan memantau keadaan janin. WHO merekomendasikan kunjungan *antenatal care* (ANC) minimal delapan kali. Kunjungan pertama pada *trimester* I umur kehamilan 0-12 minggu, kunjungan pada *trimester* II umur kehamilan 20 dan 26 minggu, kunjungan pada *trimester* III umur kehamilan 30, 34, 36, 38, 40 minggu (WHO, 2016).

Sedangkan menurut Kementerian Kesehatan RI, kebijakan yang berlaku di Indonesia untuk kunjungan ANC minimal 4 kali selama kehamilan yaitu minimal 1 kali pada *trimester* I, minimal 1 kali pada *trimester* II, dan minimal 2 kali pada *trimester* III. ANC secara teratur pada ibu hamil diharapkan mampu mendeteksi dini dan menangani komplikasi yang sering terjadi pada ibu hamil, sehingga hal ini penting untuk menjamin bahwa proses alamiah dari kehamilannya berjalan dengan normal (KEMENKES RI, 2018b).

2.2.2. Tujuan Antenatal Care

Menurut Kementerian Kesehatan RI, *antenatal care* bertujuan untuk memantau kemajuan proses kehamilan demi memastikan kesehatan pada ibu serta tumbuh kembang janin yang ada di dalamnya, mengetahui adanya komplikasi kehamilan yang mungkin saja terjadi saat kehamilan sejak dini, termasuk adanya riwayat penyakit dan tindak pembedahan (KEMENKES RI, 2018c).

Antenatal care juga bertujuan untuk meningkatkan serta mempertahankan kesehatan ibu dan bayi, mempersiapkan proses persalinan sehingga dapat melahirkan bayi dengan selamat serta meminimalkan trauma yang dimungkinkan terjadi pada masa persalinan, menurunkan jumlah kematian dan angka kesakitan pada ibu, mempersiapkan peran sang ibu dan keluarga untuk menerima kelahiran anak agar mengalami tumbuh kembang dengan normal dan mempersiapkan ibu untuk melewati masa nifas dengan baik serta dapat memberikan ASI eksklusif pada bayinya (KEMENKES RI, 2018c).

Sedangkan menurut Saifuddin (2014), tujuan asuhan antenatal adalah sebagai berikut:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi

- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian asi eksklusif
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Saifuddin, 2014)

2.2.3. Standar Pelayanan *Antenatal Care*

Pelayanan *antenatal care* diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Pelayanan ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang dikelompokkan sesuai usia kehamilan pada *trimester* pertama, kedua, dan ketiga. Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi standar pelayanan sebagai berikut:

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan
- 2) Pengukuran tekanan darah
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (*fundus uteri*)
- 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT) sesuai status imunisasi
- 6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan

- 7) Penentuan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)
- 8) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi *interpersonal* dan konseling, termasuk keluarga berencana)
- 9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes Hemoglobin Darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya)
- 10) Tatalaksana kasus (PERMENKES RI, 2016)

2.3. Konsep Perilaku Kesehatan

2.3.1. Definisi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan kesehatan, penyakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2014).

Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan. Oleh sebab itu perilaku kesehatan ini pada garis besarnya dikelompokkan menjadi dua, yakni:

- 1) Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat. Oleh sebab itu perilaku ini disebut perilaku sehat (*healthy behavior*), yang mencakup

perilaku-perilaku (*overt and covert behavior*) dalam mencegah atau menghindari dari penyakit dan penyebab penyakit atau masalah atau penyebab masalah kesehatan (perilaku preventif) dan perilaku dalam mengupayakan meningkatnya kesehatan (perilaku promotif).

- 2) Perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya. Oleh sebab itu perilaku ini disebut perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seseorang atau anaknya bila sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau terlepasnya dari masalah kesehatan tersebut. Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan, baik fasilitas atau pelayanan kesehatan tradisional (dukun, sinse, atau paranormal), maupun *modern* atau *professional* (Rumah Sakit, Poliklinik, Puskesmas, dan sebagainya).

Perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat. Intervensi terhadap faktor perilaku sangat strategis untuk meningkatkan kesehatan. Perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan, oleh sebab itu perilaku pada hakikatnya adalah apa yang dikerjakan oleh organisme atau seseorang baik yang dapat diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati secara langsung.

2.3.2. Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Azwar, 2010).

2.3.2.1. Jenis Pelayanan Kesehatan

1) Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi dengan tujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya perseorangan dan keluarga.

2) Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat ditandai dengan cara pengorganisasian secara bersama-sama dan bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit serta sasaran utamanya adalah kelompok dan masyarakat (Azwar, 2010).

2.3.2.2. Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

WHO menyebutkan bahwa faktor perilaku yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan adalah:

1) **Pemikiran dan Perasaan (*Thoughts and Feeling*)**

Berupa pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek, dalam hal ini objek kesehatan

2) **Orang Penting sebagai Referensi (*Personal Referensi*)**

Seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh seseorang yang dianggap penting atau berpengaruh besar terhadap dorongan penggunaan pelayanan kesehatan.

3) **Sumber-Sumber Daya (*Resources*)**

Mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya. Sumber-sumber daya juga berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pengaruh tersebut dapat bersifat positif dan negatif.

4) **Kebudayaan (*Culture*)**

Berupa norma-norma yang ada di masyarakat dalam kaitannya dengan konsep sehat sakit (Notoatmodjo, S, 2012).

2.4. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Menurut Lawrence Green (1980), kesehatan seseorang dipengaruhi oleh dua faktor yakni faktor perilaku dan faktor diluar perilaku. Green menjelaskan bahwa pembagian faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam memanfaatkan

pelayanan kesehatan meliputi faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*), dan faktor penguat (*reinforcing factor*).

Faktor predisposisi (*predisposing factor*) adalah faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perubahan perilaku seseorang. Sedangkan faktor pemungkin (*enabling factor*) adalah faktor yang memfasilitasi perilaku atau tindakan dan faktor penguat (*reinforcing factor*) adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terwujudnya sikap dan perilaku.

2.4.1. Faktor Predisposisi

2.4.1.1. Usia

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016, kelompok umur yang termasuk kelompok yang berisiko dalam melakukan proses persalinan adalah kelompok wanita yang berusia di bawah 20 tahun dan kelompok wanita yang berusia di atas 35 tahun (KEMENKES RI, 2016). Penelitian terdahulu (Haryani, Maroef, & N., 2015) menjelaskan bahwa kelompok umur berisiko yaitu kelompok berusia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun yang memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian preeklampsia.

Penelitian pada tahun 2018 mengatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu hamil terhadap kepatuhan ANC di Puskesmas Suruh Kabupaten Semarang dengan $p\text{-value}=0,000$ ($p<0,05$). Ibu yang berusia <20 tahun sebagian besar tidak patuh melakukan kunjungan ANC sejumlah 30 orang (90,9%), lebih besar dibandingkan pada usia 20-35 tahun yang hanya 4 orang (19%) dan usia

>35 tahun sebanyak 4 (40%). Berdasarkan hasil penelitian didapatkan semakin muda usia ibu hamil, maka kepatuhan untuk ANC semakin kurang (Putri, Christiani, & Nirmasari, 2018).

2.4.1.2. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan faktor predisposisi seseorang untuk berperilaku sehingga latar belakang pendidikan merupakan faktor yang sangat mendasar untuk memotivasi seseorang terhadap perilaku kesehatan dan referensi belajar seseorang. Tingkat pendidikan yang tinggi berkaitan dengan pemahaman mengenai masalah kesehatan dan kehamilan. Tingginya tingkat pendidikan ibu hamil menyebabkan ibu hamil lebih sering melakukan perawatan antenatal dan memilih untuk memeriksakan diri ke tempat yang berkualitas (Dewi & Sunarsih, 2013). Seseorang yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi akan memberikan respons yang lebih rasional daripada mereka yang berpendidikan lebih rendah (SD/SMP) atau sedang (SMA) (Notoatmodjo, 2014).

Penelitian terdahulu (Ahmalia & Parmisze, 2018) menjelaskan bahwa bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu hamil dengan kunjungan pemeriksaan *antenatal care* di Puskesmas Lubuk Alung dengan $p\text{-value}=0,003$ ($p<0,05$).bSemakin tinggi pendidikan seorang wanita, maka semakin mampu mandiri dalam mengambil keputusan menyangkut diri sendiri sehingga mereka akan

mampu memperhatikan kesehatan kehamilan mereka dengan datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.

2.4.1.3. Status Pekerjaan

Pekerjaan merupakan aktivitas yang dilakukan di luar maupun di dalam rumah kecuali pekerjaan rutin rumah tangga. Status pekerjaan dapat memudahkan seseorang mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga menjadi faktor dalam melakukan kunjungan *antenatal care*. Seorang wanita hamil boleh melakukan pekerjaan sehari-hari asal hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak (Walyani, 2017).

Pekerjaan seseorang akan menggambarkan aktivitas dan tingkat kesejahteraan ekonomi yang didapatkan. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ibu yang bekerja mempunyai tingkat pengetahuan yang lebih baik dari pada ibu yang tidak bekerja, karena pada ibu yang bekerja akan lebih banyak memiliki kesempatan untuk berinteraksi dengan orang lain, sehingga lebih mempunyai banyak peluang juga untuk mendapatkan informasi seputar keadaan kesehatannya (Romauli, 2011).

Penelitian yang dilakukan di Kabupaten Bromo Ujung menjelaskan bahwa dari 28 responden yang tidak bekerja mayoritas tidak teratur melakukan kunjungan ANC sebanyak 21 orang (75%), sementara dari 32 responden yang bekerja mayoritas teratur melakukan kunjungan ANC sebanyak 18 orang (56,3%). Hasil penelitian

menunjukkan bahwa ada hubungan antara pekerjaan dengan kunjungan ANC dengan $p\text{-value}=0,02$ ($p<0,05$) (Doloksaribu, 2018).

2.4.1.4. Riwayat Komplikasi

Menurut WHO (*World Health Organization*), Angka Kematian Ibu (AKI) dalam kehamilan atau persalinan di dunia mencapai 515 ribu jiwa setiap bulan. Berarti dalam satu menit terdapat seorang ibu yang meninggal dunia disebabkan oleh komplikasi dalam kehamilan maupun persalinan di dalam rumah tangga (Handayani, 2017).

Angka kematian yang tinggi disebabkan dua hal pokok yaitu masih kurangnya pengetahuan mengenai sebab akibat dan penanggulangan komplikasi-komplikasi penting dalam kehamilan, persalinan, nifas, serta kurang meratanya pelayanan kebidanan yang baik untuk semua ibu hamil, salah satunya yaitu pelayanan *antenatal care* (Sakinah & Fibriana, 2015). Penelitian terdahulu (Nurfajriah, 2018) menunjukkan bahwa kejadian komplikasi persalinan ditemukan pada 426 dari 845 responden (50,5%) dan kualitas ANC merupakan variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap terjadinya komplikasi persalinan.

2.4.2. Faktor Pemungkin

2.4.2.1. Daerah Tempat Tinggal

Ibu hamil yang tinggal di perkotaan cenderung lebih tinggi memiliki kunjungan pemeriksaan kehamilan 4 kali atau lebih dibandingkan dengan wanita yang tinggal di pedesaan. Ibu hamil yang tinggal di pedesaan biasanya memperhitungkan biaya yang mereka keluarkan dalam memanfaatkan layanan antenatal, karena mayoritas tidak bekerja dan hanya mengandalkan pendapatan keluarga yang sebagian besar masyarakat pedesaan hanya bekerja di bidang pertanian dengan pendapatan yang tidak terlalu besar sehingga lebih mementingkan untuk kebutuhan sehari-hari.

Berdasarkan analisis data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002/2003, 2007 dan 2012 menyimpulkan faktor sosial demografi memberikan pengaruh yang cukup signifikan dalam memanfaatkan layanan *antenatal care* di daerah pedesaan, bahkan terjadi penurunan kunjungan *antenatal care* dari 20% tahun 2002/2003 menjadi 19% pada tahun 2007 dan 17% pada tahun 2012.

Penelitian Gina (2019) menjelaskan bahwa sebagian besar ibu hamil yang berada di daerah *urban* lebih teratur dalam melakukan kunjungan ANC dibandingkan dengan ibu hamil di daerah *rural* Kabupaten Sorong. Hampir seluruh responden di daerah *rural* memiliki sikap positif namun tidak teratur dalam pemeriksaan ANC. Berbeda dengan di daerah *urban*, hampir seluruh responden memiliki tingkat pengetahuan yang lebih baik mengenai ANC. Hal ini dapat disebabkan

karena kurangnya pengetahuan, pendidikan, informasi ANC yang didapat, budaya atau kepercayaan setempat selama kehamilan dan akses ke fasilitas kesehatan yang cukup jauh.

2.4.2.2. Status Ekonomi

Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan (Purwoastuti, Endang, & Walyani, 2015). Keadaan sosial ekonomi sangat mempengaruhi kehamilan ibu karena berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan-kebutuhan ibu selama kehamilan (Walyani, 2017). Hasil penelitian Vinny (2016) menunjukkan adanya hubungan pendapatan dengan keteraturan pemeriksaan *antenatal care* (ANC) di Puskesmas Ranotana Weru Kecamatan Wanea Kota Manado dengan $p\text{-value}=0,003$ ($p<0,05$). Status ekonomi akan menentukan tersedianya fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang (Lumempouw, Kundre, & Bataha, 2016).

Penelitian Niken (2019) menunjukkan adanya hubungan pendapatan dengan kunjungan *antenatal care* di Puskesmas Kecamatan Mataram Jakarta Timur dengan $p\text{-value}=0,001$ ($p<0,05$) (Syafitri, 2019). Hasil penelitian Ratna (2020) dalam *international journal of innovation* mengenai disparitas sosial ekonomi dalam pemanfaatan *antenatal care* di perkotaan Indonesia mengatakan bahwa semakin baik status sosial ekonomi seorang wanita, maka semakin besar

kemungkinan untuk melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap (Wulandari, Putri, & Laksono, 2020).

2.4.3. Faktor Penguat

2.4.3.1. Pendampingan Suami

Suami merupakan orang terdekat yang dapat memainkan peran penting bagi wanita saat sedang hamil maupun melahirkan. Suami sebagai pendamping dapat menciptakan ketenangan batin dan perasaan senang bagi istri (Kusumawati, Hastuti, & Khoriyati, 2015). Partisipasi aktif suami dalam mendampingi istri selama proses kehamilan dan persalinan merupakan salah satu faktor penting yang membantu suami dalam mengambil keputusan terkait kesehatan istrinya (Lisnawati, Sumiaty, & Fadliah, 2019)

Dalam penelitian Dwi (2017) dijelaskan bahwa dukungan suami merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan kehamilannya. Kurangnya dukungan suami membuat ibu tidak mau melakukan pemeriksaan kehamilan (Tarigan, 2017). Penelitian Renty (2018) juga menjelaskan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan suami dengan kunjungan pemeriksaan *antenatal care* di Puskesmas Lubuk Alung dengan $p\text{-value}=0,038$ ($p<0,05$) (Ahmalia & Parmisze, 2018).

2.5. Kajian Integrasi Keislaman

2.5.1. Kunjungan Antenatal Care menurut Al-Qur'an

Kehamilan merupakan suatu peristiwa yang penting dalam kehidupan seorang wanita dan keluarga pada umumnya. Kehamilan merupakan proses fisiologi yang memberikan perubahan pada ibu maupun lingkungannya. Dengan adanya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam Rahim selama proses kehamilan berlangsung.

Kehamilan merupakan suatu proses perubahan identitas serta peran bagi setiap anggota keluarga. Pada masa kehamilan ibu sering kali mengalami suatu ketidakseimbangan psikologis yang mungkin disebabkan oleh situasi atau tahap perkembangan tersebut sehingga berbagai dukungan dan bantuan sangat penting dan dibutuhkan bagi seorang ibu untuk mendukung selama kehamilannya. Sikap penerimaan ibu terhadap kehamilannya, sangat mempengaruhi kesehatan atau keadaan umum ibu serta keadaan janin dalam kehamilannya (Setiawati, D., 2013).

Penjelasan tentang kehamilan juga terdapat dalam Q.S. Az-Zumar (39:6) yang berbunyi:

خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَانزَلَ لَكُمْ مِنَ الْأَنْعَامِ ثَمَنِيَةَ أَزْوَاجٍ يَخْلُقُكُمْ
فِي بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ خَلْقًا مِّنْ بَعْدِ خَلْقٍ فِي ظُلُمٍ ثَلَاثٍ ذَلِكُمُ اللَّهُ رَبُّكُمْ لَهُ الْمُلْكُ لَا إِلَهَ إِلَّا
هُوَ فَآَنَى تُصْرَفُونَ

Terjemahan:

“Dia menciptakan kamu dari diri yang satu (Adam) kemudian darinya Dia jadikan pasangannya dan Dia menurunkan delapan pasang hewan ternak

untukmu. Dia menjadikan kamu dalam perut ibumu kejadian demi kejadian dalam tiga kegelapan. Yang (berbuat) demikian itu adalah Allah, Tuhan kamu, Tuhan yang memiliki kerajaan. Tidak ada tuhan selain Dia; maka mengapa kamu dapat dipalingkan?" (KEMENAG RI, Al-Qur'an dan Terjemahannya)

Menurut tafsir Al-Qur'an Kementrian Agama RI, "Tiga Keggelapan" dalam ayat ini berarti kegelapan dalam perut, rahim, dan selaput yang menutupi janin dalam rahim. Pakar Biologi Mesir, Salim Muhammad berpendapat bahwa berdasarkan ilmu pengetahuan modern, janin memang ditutupi oleh tiga selaput, yaitu *mambaxich*, *amonioniah*, dan *karbonioniah*. Adapun selaput-selaput tersebut berfungsi agar supaya janin (*embrio*) di dalam rahim itu tidak kemasukan air dan terhindar dari suhu, temperatur dari luar yang kurang baik, sehingga embrio terlindung aman (Ja'far, 2013).

Kehamilan membawa perubahan *ketubuhan* dan kebutuhan pada seorang ibu. Pada bulan-bulan pertama mungkin tidak akan banyak perubahan yang terlihat. Akan tetapi, sesungguhnya tubuh Anda secara aktif berubah untuk menyesuaikan proses kehamilan ini. Perubahan ini adalah wajar saja dan tidak perlu dicemaskan (Indiarti, 2015).

Trimester III sering disebut periode menunggu dan waspada sebab ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Ibu khawatir bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala persalinan serta ketidaknormalan. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa diri aneh dan jelek, serta

gangguan *body image*. Perubahan *body image* dapat berdampak besar pada wanita dan pasangannya saat kehamilan (Jannah, 2012).

Perubahan-perubahan janin semasa dalam kandungan juga telah dijelaskan dalam firman Allah *Subhanahu wa ta'ala* dalam Q.S. Al-Mu'minuun (23:13-14):

ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَّكِينٍ ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظْمًا فَكَسَرْنَا الْعِظَمَ لَحْمًا ثُمَّ أَنشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ ۖ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ

Terjemahan:

“Kemudian Kami menjadikannya air mani (yang disimpan) dalam tempat yang kokoh (rahim). Kemudian, air mani itu Kami jadikan sesuatu yang melekat, lalu sesuatu yang melekat itu Kami jadikan segumpal daging, dan segumpal daging itu Kami jadikan tulang belulang, lalu tulang belulang itu Kami bungkus dengan daging. Kemudian, Kami menjadikannya makhluk yang (berbentuk) lain. Mahasuci Allah, Pencipta yang paling baik.” (KEMENAG RI, Al-Qur'an dan Terjemahannya).

Air mani atau nutfah ditafsirkan sebagai sperma atau *spermatozoa*, tetapi penafsiran yang lebih cermat lagi menunjukkan nutfah ini sebagai zigot yang membelah untuk kemudian membentuk *blastocyst* yang menempel pada Rahim (tempat yang kukuh). Kemudian dari minggu ke-7 sampai ke-24 ketika embrio melekat pada endometrium rahim. Segumpal darah yang berbentuk seperti lintah tersebut merupakan embrio manusia. Ini menunjukkan betapa luar biasanya embrio pada hari ke-23 sampai ke-24 kehamilan. Kemudian segumpal darah tersebut menjadi segumpal daging yang menggambarkan bentuk awal (*primordial*) dari tulang belakang, dari

segumpal daging, tulang belulang, dan otot terbentuk. Ini sesuai dengan perkembangan *embrio*. Tulang-tulang dan otot-otot akan berkembang menjadi makhluk yang (berbentuk) lain. Karakteristik manusia akan nampak dan organ-organ serta bagian dalam ataupun luar tubuh telah terbentuk dalam bentuk awal (Ja'far, 2013).

Masa kehamilan sangat penting karena merupakan awal kehidupan. Di dalam Rahim setiap janin terlindung dari semua pengaruh kondisi luar kecuali yang dapat sampai melalui ibu yang mengandungnya. Rasa aman dan perlindungan itu tidak akan pernah ditemui anak setelah ia lahir. Naluri agam pada setiap individu juga telah ada bahkan sejak sebelum kelahirannya di dunia nyata yang disebut dengan fitrah beragama, manusia lahir dengan membawa fitrah atau potensi tauhid. Sebagaimana dijelaskan dalam hadis:

كُلُّ مَوْلُودٍ يُولَدُ عَلَى الْفِطْرَةِ فَأَبَوَاهُ يُهَوِّدَانِهِ أَوْ يُنَصِّرَانِهِ أَوْ يُمَجْسِئَانِهِ (البخار ومسلم)

Terjemahan:

“Setiap anak dilahirkan dalam keadaan fitrah, kedua orang tuanyalah yang menjadikannya anak tersebut beragama Yahudi, Nasrani atau Majusi” (HR. Bukhari dan Muslim)

2.5.2. Pandangan Ulama terhadap Kunjungan Antenatal Care

Semua orang yang beriman kepada Allah *Subhanahu wa ta'ala* dan hari kemudian wajib meyakini bahwa syariat Islam diturunkan oleh Allah untuk kebaikan dan kebahagiaan hidup Manusia. Karena Allah mensyariatkan agama-Nya dengan ilmu-Nya yang maha tinggi dan hikmah-Nya yang maha

sempurna, maka jadilah syariat Islam satu-satunya pedoman hidup yang bisa mendatangkan kebahagiaan hakiki bagi semua orang yang menjalankannya dengan baik. Allah *Subhanahu wa ta'ala* berfirman dalam Q.S. Al-Anfaal (8:24) yang berbunyi:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَجِيبُوا لِلَّهِ وَلِلرَّسُولِ إِذَا دَعَاكُمْ لِمَا يُحْيِيكُمْ وَاعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ يَحُولُ
بَيْنَ الْمَرْءِ وَقَلْبِهِ وَأَنَّهُ إِلَيْهِ تُحْشَرُونَ

Terjemahan:

“Hai orang-orang beriman, penuhilah seruan Allah dan seruan RasulNya yang mengajak kamu kepada suatu yang memberi (kemaslahatan/kebaikan) hidup bagimu.”

Imam Ibnul Qayyim meriwayatkan bahwa kehidupan yang bermanfaat hanyalah didapatkan dengan memenuhi seruan Allah *Subhanahu wa ta'ala* dan Rasul-Nya *shallallahu 'alaihi wa sallam*. Maka barangsiapa yang tidak memenuhi seruan Allah dan Rasul-Nya maka dia tidak akan merasakan kehidupan (yang baik). Meskipun dia memiliki kehidupan (seperti) hewan, yang juga dimiliki oleh binatang yang paling hina (sekali pun). Maka kehidupan baik yang hakiki adalah kehidupan seorang yang memenuhi seruan Allah dan Rasul-Nya secara lahir maupun batin. Allah *Subhanahu wa ta'ala* berfirman dalam Q.S. Al-Nahl (8:24) yang berbunyi:

مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِّنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيٰوةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ
بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ

Terjemahan:

“Barangsiapa mengerjakan kebajikan, baik laki-laki maupun perempuan dalam keadaan beriman, maka pasti akan Kami berikan kepadanya

kehidupan yang baik dan akan Kami beri balasan dengan pahala yang lebih baik dari apa yang telah mereka kerjakan.”

Para ulama salaf menafsirkan makna “kehidupan yang baik (di dunia)” dalam ayat di atas dengan “kebahagiaan hidup” atau “rezeki yang halal” dan kebaikan-kebaikan lainnya. Oleh karena itulah, jalan keluar dan solusi dari semua masalah yang kita hadapi, tidak terkecuali masalah dalam rumah tangga dan problema pendidikan anak, hanya akan dicapai dengan bertakwa kepada Allah *Subhanahu wa ta’ala* dengan menjalankan segala perintah-Nya dan menjauhi semua larangan-Nya.

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan. Pelayanan yang dilakukan secara rutin juga merupakan upaya untuk melakukan deteksi dini kehamilan berisiko sehingga dapat dengan segera dilakukan tindakan yang tepat untuk mengatasi dan merencanakan serta memperbaiki kehamilan tersebut.

Pentingnya pemeriksaan kehamilan dapat kita kaji dalam Q.S. Ar-Ra’d (13:8) yang berbunyi:

اللَّهُ يَعْلَمُ مَا تَحْمِلُ كُلُّ أُنْثَىٰ وَمَا تَغِيضُ الْأَرْحَامَ وَمَا تَزْدَادُ وَكُلُّ شَيْءٍ عِنْدَهُ بِمِقْدَارٍ

Terjemahan:

“Allah mengetahui apa yang dikandung oleh setiap perempuan, apa yang kurang sempurna dan apa yang bertambah dalam rahim. Dan segala sesuatu ada ukuran di sisi-Nya.”

Menurut tafsir al-Misbah, Allah *Subhanahu wa ta’ala* sejak dahulu, sekarang, dan terus-menerus mengetahui keadaan janin sejak masih

berbentuk sperma. Allah mengetahui juga *apa yang dikandung oleh setiap perempuan* atau betina setelah pertemuan sperma dan ovum yang kemudian menempel di dinding Rahim. Allah mengetahui, bukan saja jenis kelaminnya, tetapi berat badan dan bentuknya, keindahan dan keburukannya, usia dan rezekinya, masa kini dan masa depannya, dan lain-lain. Allah juga mengetahui *“apa yang berkurang di dalam Rahim”* yang dapat mengakibatkan janin lahir cacat atau keguguran dan Allah mengetahui juga *“yang bertambah”* tumbuh atau yang dalam keadaan kembar dan segala sesuatu baik menyangkut kandungan maupun selain kandungan, *pada sisi-Nya ada ukuran-nya* yang sangat teliti, baik dalam kualitas, kuantitas, maupun kadar, waktu dan tempatnya.

Allah *Subhanahu wa ta'ala* telah memberitahukan tentang kesempurnaan ilmu-Nya dan tidak ada satu pun yang tersembunyi dari-Nya, dan Allah mengetahui apa yang dikandung oleh setiap perempuan. Tidak ada yang mengetahui apa yang akan terjadi besok kecuali Allah, tidak ada yang mengetahui kandungan rahim yang kurang sempurna kecuali Allah. Maka dari itu menjaga janin dalam rahim sangat penting dan dianjurkan untuk menjadikan sang buah hati menjadi anak yang sehat dan cerdas serta berakhlak mulia.

2.5.3. Kunjungan Antenatal Care dalam Pandangan Fiqh

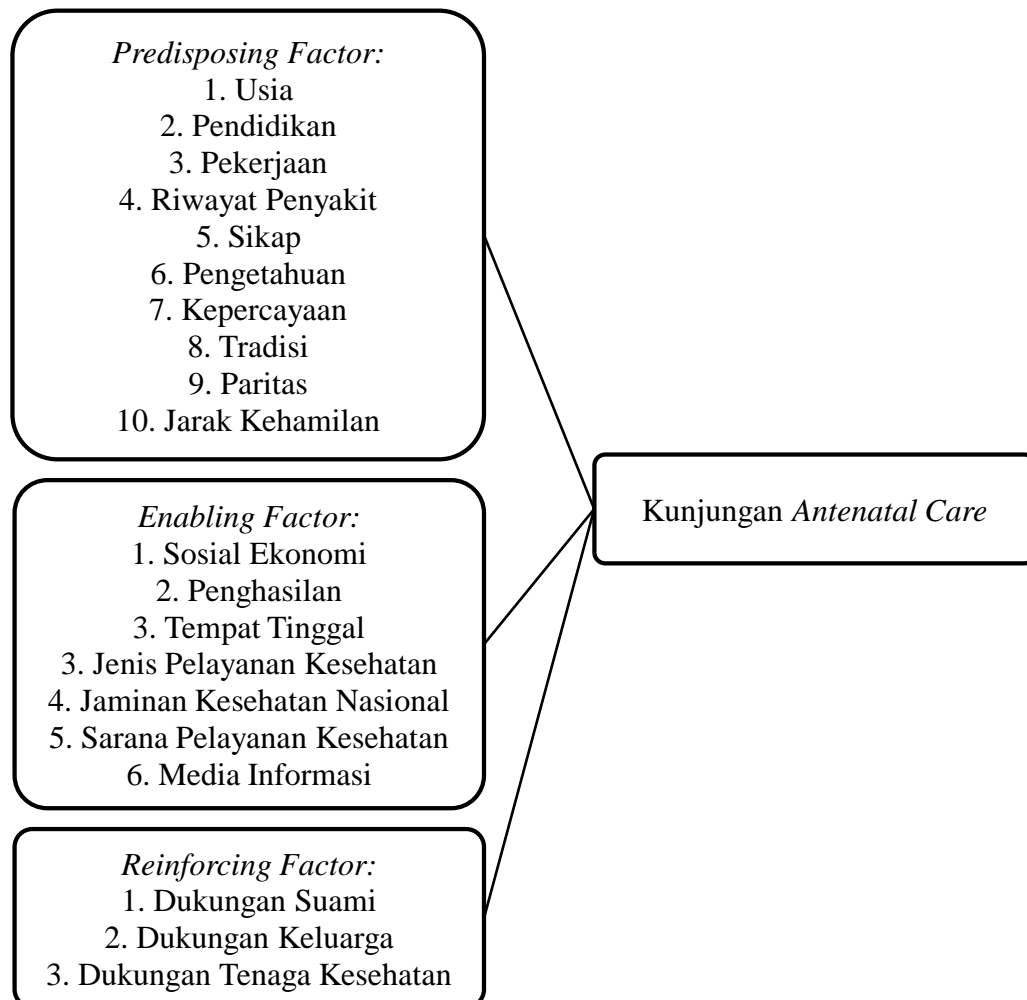
Menjalani masa-masa kehamilan merupakan peristiwa yang menyenangkan bagi sebagian ibu sekaligus menegangkan bagi sebagian yang lain. Memahami fase perkembangan bayi dengan baik dan menjaga kesehatan ibu secara optimal penting dilakukan mengingat risiko yang besar pada ibu

dan juga bayi selama masa kehamilan. Dengan memahami tahap kembang bayi secara tepat, seorang ibu akan mengetahui bagaimana memperlakukan anak dengan baik bahkan sejak masih berada di dalam kandungan serta dapat meminimalisir terjadinya kesalahan-kesalahan dalam merawat anak.

Menjaga kesehatan di saat menjalani masa-masa kehamilan juga harus lebih dimaksimalkan dari sebelum menjalani masa kehamilan tersebut karena yang menjadi fokus perhatian ibu bukan hanya dia semata melainkan juga keadaan janin yang dikandungnya. Selama masa kehamilan dianjurkan untuk selalu memeriksakan kesehatan ibu dan juga bayi terutama bagi ibu yang memiliki riwayat penyakit (Aunillah, 2016).

2.6. Kerangka Teori

Berdasarkan landasan teoretis diatas, maka kerangka teori faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan *antenatal care* dapat digambarkan sebagai berikut.

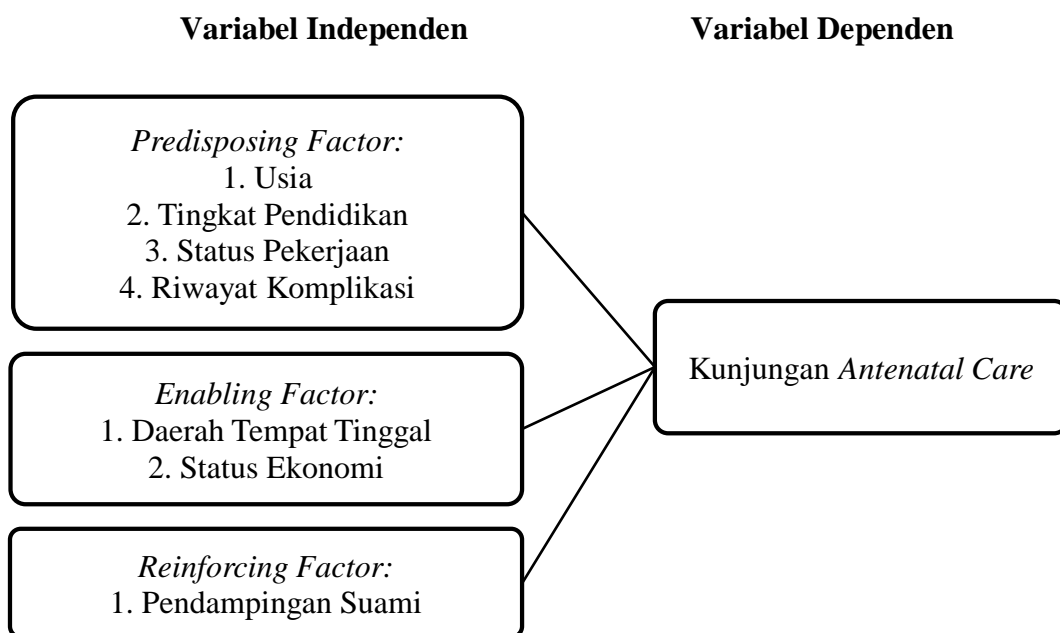


Gambar 2.1 Kerangka Teori

(Notoatmodjo, 2014), (Rachmawati, Puspitasari, & Cania, 2017), (Kurniasari & Sari, 2016), (Tesfaye, Chojenta, Smith, & Loxton, 2019), (Safitri, Husna, Andika, & Dhirah, 2016), (Husaivi, 2020), (Maffioletti, et al., 2019), (Febriyeni & Damayanti, 2020)

2.7. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep ini dibangun berdasarkan kerangka teori Lawrence Green (1980). Variabel dependen yakni kunjungan *antenatal care*, sedangkan variabel independen yaitu faktor predisposisi (usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, riwayat komplikasi), faktor pemungkin (daerah tempat tinggal dan status ekonomi), dan faktor penguat (pendampingan suami). Kerangka konsep ini disederhanakan dari kerangka teori berdasarkan keterbatasan variabel SDKI 2017 yang dapat diteliti.



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

2.8. Hipotesis Penelitian

- 1) Ada hubungan signifikan antara usia dengan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 pada tingkat $\alpha=0.05$
- 2) Ada hubungan signifikan antara tingkat pendidikan dengan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 pada tingkat $\alpha=0.05$
- 3) Ada hubungan signifikan antara status pekerjaan dengan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 pada tingkat $\alpha=0.05$
- 4) Ada hubungan signifikan antara riwayat komplikasi dengan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 pada tingkat $\alpha=0.05$
- 5) Ada hubungan signifikan antara daerah tempat tinggal dengan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 pada tingkat $\alpha=0.05$
- 6) Ada hubungan signifikan antara status ekonomi dengan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 pada tingkat $\alpha=0.05$
- 7) Ada hubungan signifikan antara pendampingan suami dengan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 pada tingkat $\alpha=0.05$

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan Analisis Data Sekunder (ADS) dan menggunakan desain studi *cross sectional*. Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan Kementerian Kesehatan.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 dilakukan di 34 provinsi yang tersebar di Indonesia selama periode waktu 2017. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh peneliti dilakukan pada Bulan Februari hingga Juli 2021 dan Provinsi Sumatera Utara dipilih sebagai lokasi penelitian.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu usia 15-49 tahun yang pernah melahirkan selama periode waktu 1 Januari 2012 sampai dilakukannya penelitian SDKI di Provinsi Sumatera Utara.

3.3.2. Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah total dari seluruh populasi dan memenuhi kriteria inklusi sehingga diperoleh sampel sebanyak 683 ibu. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah ibu usia 15-49 tahun yang pernah melahirkan selama periode waktu 1 Januari 2012 sampai dilakukannya penelitian SDKI 2017 di Provinsi Sumatera Utara dan melakukan kunjungan *antenatal care* serta mengisi semua pertanyaan kuesioner dengan lengkap. Sedangkan kriteria ekslusinya adalah ibu yang tidak pernah melakukan kunjungan *antenatal care* serta apabila terdapat minimal 1 (satu) pertanyaan kuesioner yang tidak diisi dengan lengkap maupun menjawab “tidak tahu” pada pertanyaan kuesioner.

3.3.3. Teknik Pengambilan Sampel

Langkah pertama yang peneliti lakukan untuk mendapatkan sampel adalah menggunakan kuesioner WUS (Wanita Usia Subur) untuk memilih variabel-variabel yang tersedia serta sesuai dengan tujuan penelitian. Peneliti memilih ibu usia 15-49 tahun yang pernah melahirkan di Provinsi Sumatera Utara, kemudian mengecek kelengkapan data responden (agar tidak ada *missing data* untuk memudahkan pada tahap selanjutnya), kemudian dipilih ibu yang pernah melakukan kunjungan *antenatal care*, selanjutnya mengecek kembali kelengkapan data pada variabel-variabel yang tersedia dan sesuai dengan tujuan penelitian (agar tidak ada *missing data* untuk memudahkan dalam melakukan analisis data). Penentuan sampel penelitian dari data SDKI 2017 di Provinsi Sumatera Utara dapat dilihat pada bagan dibawah ini.



Gambar 3.1 Alur Penentuan Sampel

3.4. Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini terdiri dari variabel dependen yaitu kunjungan *antenatal care* dan variabel independen yaitu usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, riwayat komplikasi, daerah tempat tinggal, status ekonomi dan pendampingan suami.

3.5. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen					
Faktor Predisposisi					
Umur	Lama hidup responden hingga survei dilakukan yang dihitung dalam tahun	Analisis Data Sekunder SDKI 2017	Variabel V013	1. <20 atau >34 tahun (berisiko) 2. 20-34 tahun (tidak berisiko)	Ordinal
Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan yang telah ditempuh responden	Analisis Data Sekunder SDKI 2017	Variabel V149	1. Tidak sekolah 2. Pendidikan rendah 3. Pendidikan tinggi	Ordinal
Status Pekerjaan	Kondisi kegiatan mencari nafkah yang dilakukan responden dalam 7 hari sebelum pelaksanaan survei	Analisis Data Sekunder SDKI 2017	Variabel V714	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Ordinal
Riwayat Komplikasi	Gangguan berupa tanda-tanda bahaya yang pernah dirasakan oleh responden selama kehamilan	Analisis Data Sekunder SDKI 2017	Variabel S413C, S413DA-DH	1. Pernah mengalami komplikasi 2. Tidak pernah mengalami komplikasi	Ordinal
Faktor Pemungkin					
Daerah Tempat Tinggal	Jenis daerah tempat tinggal responden menetap	Analisis Data Sekunder SDKI 2017	Variabel V025	1. <i>Urban</i> (Perkotaan) 2. <i>Rural</i> (Pedesaan)	Nominal
Status Ekonomi	Kondisi kedudukan responden berdasarkan	Analisis Data Sekunder	Variabel V190	1. Terbawah 2. Menengah bawah 3. Menengah	Ordinal

	kepemilikan barang dan materi	SDKI 2017		4. Menengah atas 5. Teratas	
Faktor Penguat					
Pendampingan Suami	Suatu tindakan yang dilakukan suami sebagai pasangan untuk menemani responden melakukan kunjungan <i>antenatal care</i>	Analisis Data Sekunder SDKI 2017	Variabel S410A	1. Tidak ditemani suami 2. Ditemani suami	Nominal
Variabel Dependen					
Kunjungan <i>antenatal care</i> (ANC)	Kunjungan pemeriksaan selama masa kehamilan yang tercatat dan dilaporkan pada Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017	Analisis Data Sekunder SDKI 2017	Variabel M14	1. <4 (Tidak lengkap) 2. ≥4 (Lengkap)	Ordinal

3.6. Teknik Pengumpulan Data

3.6.1. Jenis data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang didapat dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017 yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), dan Kementerian Kesehatan. Peneliti mempelajari kuesioner SDKI 2017, kemudian dilakukan penelusuran

data yang telah dikumpulkan dan dipilih variabel-variabel yang tersedia serta sesuai dengan tujuan penelitian.

3.6.2. Alat atau Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) Tahun 2017 dengan memilih variabel-variabel yang memenuhi kriteria dan sesuai dengan tujuan penelitian.

3.6.3. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data SDKI 2017 dilakukan melalui wawancara langsung yang dilakukan oleh tenaga pengumpul data dengan menggunakan kuesioner yang melibatkan 145 tim pada kegiatan lapangan. Sedangkan pada penelitian ini, data diperoleh dengan cara mengambil sebagian data utama yang meliputi variabel-variabel yang dipilih dan dianalisa terlebih dahulu untuk melihat apakah terdapat *missing data*.

3.7. Analisis Data

Dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti, data yang telah melalui tahap pengolahan data dianalisis dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat.

3.7.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi pada masing-masing variabel seperti usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, riwayat komplikasi, daerah tempat tinggal, status ekonomi dan pendampingan suami. Seluruh variabel yang diteliti berupa kategorik dan data disajikan dalam bentuk tabel.

3.7.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat distribusi antara variabel independen (usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, riwayat komplikasi, daerah tempat tinggal, status ekonomi dan pendampingan suami) dengan variabel dependen (kunjungan *antenatal care*) dengan menggunakan uji statistik *chi-square* dengan bantuan Aplikasi SPSS.

Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan derajat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Analisis lebih lanjut dilakukan untuk melihat nilai *Odds Ratio* (OR). Nilai OR digunakan untuk menggambarkan kekuatan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. *Odds Ratio* dapat menunjukkan variabel independen mana yang memiliki hubungan terhadap variabel dependen. Penggunaan uji *chi-square* digunakan karena baik variabel independen maupun dependen berupa data kategorik.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

4.1.1. Distribusi Kunjungan *Antenatal Care*

Responden pada penelitian ini adalah ibu usia 15-49 tahun yang pernah melahirkan dan melakukan kunjungan *antenatal care*. Distribusi ibu berdasarkan kunjungan *antenatal care* adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1. Distribusi Responden berdasarkan Kunjungan *Antenatal Care* di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017

Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	N	%
<4 (Tidak Lengkap)	105	15.4
≥4 (Lengkap)	578	84.6
Total	683	100.0

Berdasarkan Tabel 4.1 diketahui bahwa ibu yang melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap (≥4 kali) yaitu sebanyak 578 (84.6%) lebih tinggi dibandingkan ibu yang melakukan kunjungan *antenatal care* secara tidak lengkap (<4 kali) (15.4%).

4.1.2. Distribusi Faktor Predisposisi

4.1.2.1. Kelompok Usia

Kelompok usia responden dibagi menjadi 2 (dua) kategori yaitu kelompok usia berisiko apabila ibu berusia <20 atau >34 tahun

dan kelompok usia tidak berisiko apabila ibu berusia 20-34 tahun.

Distribusi ibu berdasarkan kelompok usia adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2. Distribusi Responden berdasarkan Kelompok Usia di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017

Kelompok Usia	N	%
<20 atau >34 Tahun (Berisiko)	214	31.3
20-34 Tahun (Tidak Berisiko)	469	68.7
Total	683	100.0

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa ibu usia 20-34 tahun (tidak berisiko) lebih banyak ditemukan yaitu sebanyak 469 (68.7%) dibandingkan dengan ibu usia <20 atau >34 tahun (berisiko) (31.3%).

4.1.2.2. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan responden dibagi menjadi 3 (tiga) kategori yaitu tidak sekolah, pendidikan rendah dan pendidikan tinggi.

Distribusi ibu berdasarkan tingkat pendidikan adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017

Tingkat Pendidikan	N	%
Tidak Sekolah	43	6.3
Pendidikan Rendah	523	76.6
Pendidikan Tinggi	117	17.1
Total	683	100.0

Berdasarkan Tabel 4.3 diketahui bahwa sebagian besar ibu memiliki pendidikan rendah yaitu sebanyak 523 (76.6%), sedangkan

ibu dengan pendidikan tinggi sebanyak 117 (17.1%) dan 43 ibu (6.3%) memiliki tingkat pendidikan dengan kategori tidak sekolah.

4.1.2.3. Status Pekerjaan

Status pekerjaan responden dibagi menjadi 2 (dua) kategori yaitu status bekerja apabila ibu bekerja dalam 7 (tujuh) hari sebelum pelaksanaan survei (termasuk yang memiliki pekerjaan tetap tetapi tidak bekerja dalam 7 (tujuh) hari sebelum survei dengan alasan sakit, cuti, atau sebab-sebab lain) dan status tidak bekerja apabila ibu tidak memiliki pekerjaan dalam 7 (tujuh) hari sebelum pelaksanaan survei. Distribusi ibu berdasarkan status pekerjaan adalah sebagai berikut:

Tabel 4.4. Distribusi Responden berdasarkan Status Pekerjaan di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017

Status Pekerjaan	N	%
Bekerja	350	51.2
Tidak Bekerja	333	48.8
Total	683	100.0

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa ibu yang bekerja lebih banyak ditemukan yaitu sebanyak 350 (51.2%), sedangkan ibu yang tidak bekerja sebanyak 333 (48.8%).

4.1.2.4. Riwayat Komplikasi

Riwayat komplikasi dibagi menjadi 2 (dua) kategori yaitu pernah mengalami komplikasi (apabila ibu pernah mengalami minimal

1 (satu) tanda bahaya saat kehamilan) dan tidak pernah mengalami komplikasi. Distribusi ibu berdasarkan riwayat komplikasi adalah sebagai berikut:

Tabel 4.5. Distribusi Responden berdasarkan Riwayat Komplikasi di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017

Riwayat Komplikasi	N	%
Pernah Mengalami Komplikasi	112	16.4
Tidak Pernah Mengalami Komplikasi	571	83.6
Total	683	100.0

Berdasarkan Tabel 4.5 diketahui bahwa sebagian besar ibu tidak pernah mengalami komplikasi selama masa kehamilan (83.6%), sedangkan sebanyak 112 ibu (16.4%) pernah mengalami komplikasi selama masa kehamilan. Berikut disajikan tabel jumlah komplikasi ibu yang pernah mengalami tanda-tanda bahaya saat kehamilan:

Tabel 4.6. Distribusi Responden berdasarkan Jumlah Komplikasi Saat Kehamilan di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017

Jumlah Komplikasi	N	%
1	76	67.9
2	28	25.0
3	8	7.1
Total	112	100.0

Berdasarkan Tabel 4.6 diketahui sebanyak 112 ibu (16.4%) pernah mengalami komplikasi, 76 ibu (67.9%) mengalami komplikasi sebanyak 1 (satu) kali, 28 ibu (25.0%) sebanyak 2 (dua) kali, 8 ibu (7.1%) sebanyak 3 (tiga) kali. Tanda-tanda bahaya saat kehamilan disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.7. Distribusi Responden berdasarkan Tanda-tanda Bahaya Saat Kehamilan di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017

Tanda-tanda Bahaya Saat Kehamilan	Pernah		Tidak Pernah		Total	
	N	%	N	%	N	%
Prematur	33	29.5	79	70.5	112	100.0
Pendarahan <i>ante partum</i>	37	33.0	75	67.0	112	100.0
Demam tinggi	10	8.9	102	8.9	112	100.0
Kejang dan pingsan	2	1.8	110	98.2	112	100.0
Kehilangan nafsu makan	35	31.3	77	68.8	112	100.0
Muntah dan sakit kepala	24	21.4	88	78.6	112	100.0
Ketuban pecah dini	6	5.4	106	94.6	112	100.0
Tekanan darah tinggi/rendah	9	8.0	103	92.0	112	100.0

Berdasarkan Tabel 4.7 diketahui bahwa tanda-tanda bahaya saat kehamilan yang paling banyak dialami ibu yaitu pendarahan *ante partum* sebanyak 37 ibu (33.0%) dan kehilangan nafsu makan sebanyak 35 ibu (31.3%), sedangkan tanda bahaya yang paling sedikit dialami ibu adalah kejang dan pingsan (1.8%).

4.1.3. Distribusi Faktor Pemungkin

4.1.2.5. Daerah Tempat Tinggal

Tempat tinggal responden dibagi menjadi 2 (dua) kategori yaitu daerah *urban* (perkotaan) dan daerah *rural* (pedesaan). Distribusi ibu berdasarkan daerah tempat tinggal adalah sebagai berikut:

Tabel 4.8. Distribusi Responden berdasarkan Daerah Tempat Tinggal di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017

Daerah Tempat Tinggal	N	%
<i>Urban</i> (Perkotaan)	363	53.1
<i>Rural</i> (Pedesaan)	320	46.9
Total	683	100.0

Berdasarkan Tabel 4.8 diketahui bahwa sebagian besar ibu tinggal di daerah *urban* (perkotaan) yaitu sebanyak 363 (53.1%), sedangkan 320 ibu (46.9%) berada di daerah *rural* (pedesaan).

4.1.2.6. Status Ekonomi

Status ekonomi responden dibagi menjadi 5 (lima) kategori yaitu ibu dengan status ekonomi terbawah, menengah bawah, menengah, menengah atas, dan teratas. Distribusi ibu berdasarkan status ekonomi adalah sebagai berikut:

Tabel 4.9. Distribusi Responden berdasarkan Status Ekonomi di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017

Status Ekonomi	N	%
Terbawah	166	24.3
Menengah Bawah	147	21.5
Menengah	152	22.3
Menengah Atas	150	22.0
Teratas	68	10.0
Total	683	100.0

Berdasarkan Tabel 4.9, ibu dengan status ekonomi terbawah memiliki persentase paling tinggi (24.3%), diikuti dengan ibu yang

memiliki status ekonomi menengah (22.3%), kemudian kelompok yang paling sedikit berada pada status ekonomi teratas (10.0%).

4.1.4. Distribusi Faktor Penguat

4.1.4.1. Pendampingan Suami

Variabel pendampingan suami dibagi menjadi dua kategori yaitu tidak ditemani suami saat melakukan kunjungan *antenatal care* dan ditemani suami saat melakukan kunjungan *antenatal care*. Distribusi ibu berdasarkan pendampingan suami adalah sebagai berikut:

Tabel 4.10. Distribusi Responden berdasarkan Pendampingan Suami di Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017

Pendampingan Suami	N	%
Tidak Ditemani Suami	129	18.9
Ditemani Suami	554	81.1
Total	683	100.0

Berdasarkan Tabel 4.10 diketahui bahwa ibu yang tidak ditemani suami dalam melakukan kunjungan *antenatal care* lebih tinggi yaitu sebanyak 554 (81.1%) dibandingkan dengan ibu yang ditemani suami dalam melakukan kunjungan *antenatal care* (18.9%).

4.1.5. Distribusi Faktor Predisposisi dengan Kunjungan *Antenatal Care*

4.1.5.1. Distribusi antara Kelompok Usia dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Distribusi antara kelompok usia ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* adalah sebagai berikut:

Tabel 4.11. Distribusi antara Kelompok Usia dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Kelompok Usia	Kunjungan ANC				Jumlah		OR (95% CI)	p
	Tidak Lengkap	Lengkap						
	(<4 kali)	(≥ 4 kali)						
	N	%	N	%	N	%		
<20 atau >34 Tahun (Berisiko)	32	15.0	182	85.0	214	100.0	0.95 (0.61-1.50)	0.93
20-34 Tahun (Tidak Berisiko)	73	15.6	396	84.4	469	100.0		
Total	105	15.4	578	84.6	683	100.0		

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa ibu usia berisiko memiliki persentase yang lebih tinggi (85.0%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu usia tidak berisiko (84.4%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p=0.93$ (>0.05), yang artinya tidak ada hubungan bermakna antara usia ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*.

4.1.5.2. Distribusi antara Tingkat Pendidikan dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Distribusi antara tingkat pendidikan ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* adalah sebagai berikut:

Tabel 4.12. Distribusi antara Tingkat Pendidikan dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Tingkat Pendidikan	Kunjungan ANC				Jumlah		OR (95% CI)	p
	Tidak Lengkap		Lengkap					
	(<4 kali)		(>=4 kali)					
	N	%	N	%	N	%		
Tidak Sekolah	12	27.9	31	72.1	43	100.0	6.08 (2.21-16.77)	0.00
Pendidikan Rendah	86	16.4	437	83.6	523	100.0	3.09 (1.39-6.87)	0.01
Pendidikan Tinggi	7	6.0	110	94.0	117	100.0	referensi	
Total	105	15.4	578	84.6	683	100.0		

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa ibu dengan pendidikan tinggi memiliki persentase yang lebih tinggi (94.0%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan ibu dengan pendidikan rendah (83.6%) dan tidak sekolah (72.1%).

Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p < 0.05$, yang artinya ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*. Ibu dengan tingkat pendidikan tidak sekolah memiliki risiko 6.08 kali tidak melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (OR=6.08; 95%CI=2.21-16.77). Sedangkan ibu dengan tingkat pendidikan rendah memiliki risiko 3.09 kali tidak melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (OR=3.09; 95%CI=1.39-6.87).

4.1.5.3. Distribusi antara Status Pekerjaan dengan Kunjungan Antenatal Care

Distribusi antara status pekerjaan ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* adalah sebagai berikut:

Tabel 4.13. Distribusi antara Status Pekerjaan dengan Kunjungan Antenatal Care

Status Pekerjaan	Kunjungan ANC				Jumlah		OR (95% CI)	<i>p</i>
	Tidak Lengkap		Lengkap					
	(<4 kali)		(>=4 kali)					
	N	%	N	%	N	%		
Bekerja	48	13.7	302	86.3	350	100.0	0.77 (0.51-1.17)	0.26
Tidak Bekerja	57	17.1	276	82.9	333	100.0		
Total	105	15.4	578	84.6	683	100.0		

Berdasarkan Tabel 4.13 diketahui bahwa ibu yang bekerja memiliki persentase yang lebih tinggi (86.3%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja (82.9%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p=0.26$ (>0.05), yang artinya tidak ada hubungan bermakna antara status pekerjaan ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*.

4.1.5.4. Distribusi antara Riwayat Komplikasi dengan Kunjungan Antenatal Care

Distribusi antara riwayat komplikasi ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* adalah sebagai berikut:

Tabel 4.14. Distribusi antara Riwayat Komplikasi dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Riwayat Komplikasi	Kunjungan ANC				Jumlah		OR (95% CI)	p
	Tidak Lengkap		Lengkap					
	(<4 kali)		(>=4 kali)					
	N	%	N	%	N	%		
Pernah Mengalami Komplikasi	16	14.3	96	85.7	112	100.0	1.11 (0.62-1.97)	0.84
Tidak Pernah Mengalami Komplikasi	89	15.6	482	84.4	571	100.0		
Total	105	15.4	578	84.6	683	100.0		

Berdasarkan Tabel 4.14 diketahui bahwa ibu yang pernah mengalami komplikasi saat kehamilan memiliki persentase yang lebih tinggi (85.7%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang tidak pernah mengalami komplikasi saat kehamilan (84.4%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p=0.84$ (>0.05), yang artinya tidak ada hubungan bermakna antara status riwayat komplikasi dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*.

4.1.6. Distribusi Faktor Pemungkin dengan Kunjungan *Antenatal Care*

4.1.6.1. Distribusi antara Daerah Tempat Tinggal dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Distribusi antara daerah tempat tinggal ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* adalah sebagai berikut:

Tabel 4.15. Distribusi antara Daerah Tempat Tinggal dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Daerah Tempat Tinggal	Kunjungan ANC				Jumlah		OR (95% CI)	P
	Tidak Lengkap		Lengkap					
	(<4 kali)		(>=4 kali)					
	N	%	N	%	N	%		
Urban (Perkotaan)	49	13.5	314	86.5	363	100.0	0.74 (0.49-1.11)	0.18
Rural (Pedesaan)	56	17.5	264	82.5	320	100.0		
Total	105	15.4	578	84.6	683	100.0		

Berdasarkan Tabel 4.15 diketahui bahwa ibu yang tinggal di daerah *urban* (perkotaan) memiliki persentase yang lebih tinggi (86.5%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang tinggal di daerah *rural* (pedesaan) (82.5%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p=0.18$ (>0.05), yang artinya tidak ada hubungan bermakna antara daerah tempat tinggal ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*.

4.1.6.2. Distribusi antara Status Ekonomi dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Distribusi antara status ekonomi ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* adalah sebagai berikut:

Tabel 4.16. Distribusi antara Status Ekonomi dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Status Ekonomi	Kunjungan ANC				Jumlah		OR (95% CI)	p
	Tidak Lengkap		Lengkap					
	(<4 kali)		(>=4 kali)					
	N	%	N	%	N	%		
Terbawah	46	27.7	120	72.3	166	100.0	4.83 (1.83-12.77)	0.00
Menengah Bawah	21	14.3	126	85.7	147	100.0	2.10 (0.76-5.83)	0.22
Menengah	20	13.2	132	86.8	152	100.0	1.91 (0.69-5.32)	0.31
Menengah Atas	13	8.7	137	91.3	150	100.0	1.20 (0.41-3.50)	0.95
Teratas	5	7.4	63	92.6	68	100.0	referensi	
Total	105	15.4	578	84.6	683	100.0		

Berdasarkan Tabel 4.16 diketahui bahwa ibu dengan status ekonomi teratas memiliki persentase yang paling tinggi (92.6%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap. Sedangkan ibu dengan status ekonomi terbawah merupakan kelompok yang paling rendah dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap (72.3%).

Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p=0.00$ (<0.05) pada status ekonomi terbawah, yang artinya ada hubungan bermakna antara kelengkapan kunjungan *antenatal care* dengan status ekonomi terbawah. Ibu dengan status ekonomi terbawah memiliki risiko 4.83 kali tidak melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan ibu dengan status ekonomi teratas (OR=4.83; 95%CI=1.83-12.77). Sedangkan hasil uji statistik *chi-square* pada status ekonomi menengah bawah, menengah, dan menengah atas

diperoleh nilai $p > 0.05$, yang artinya tidak ada perbedaan bermakna antara ibu dengan status ekonomi menengah bawah, menengah, dan menengah atas dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*.

4.1.7. Distribusi Faktor Penguat dengan Kunjungan *Antenatal Care*

4.1.7.1. Distribusi antara Pendampingan Suami dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Distribusi antara pendampingan suami dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* adalah sebagai berikut:

Tabel 4.17. Distribusi antara Pendampingan Suami dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Pendampingan Suami	Kunjungan ANC				Jumlah		OR (95% CI)	<i>p</i>
	Tidak Lengkap		Lengkap					
	(<4 kali)		(≥4 kali)					
	N	%	N	%	N	%		
Tidak Ditemani Suami	36	27.9	93	72.1	129	100.0	2.72 (1.72-4.31)	0.00
Ditemani Suami	69	12.5	485	87.5	554	100.0		
Total	105	15.4	578	84.6	683	100.0		

Tabel 4.17 menunjukkan bahwa ibu yang ditemani suami memiliki persentase lebih tinggi (87.5%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan ibu yang tidak ditemani suami (72.1%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p = 0.00$ (< 0.05), yang artinya ada hubungan bermakna antara pendampingan suami dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*. Ibu yang tidak ditemani suami memiliki risiko 2.72 kali tidak melakukan kunjungan

antenatal care secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang ditemani suami (OR=2.72; 95% CI=1.72-4.31).

4.2. Pembahasan

4.2.1. Hubungan Kelompok Usia dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa ibu usia berisiko memiliki persentase yang lebih tinggi (85.0%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu usia tidak berisiko (84.4%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p=0.93$ (>0.05), yang artinya tidak ada hubungan bermakna antara usia ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*.

Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu pada 100 ibu hamil di RSI Pekajangan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia ibu hamil terhadap kepatuhan *antenatal care* (Noviana, 2018). Penelitian di Puskesmas Cigombong Kabupaten Bogor juga mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia ibu hamil terhadap kepatuhan ANC K4 dengan nilai $p\text{-value}$ 0.094 (>0.05) (Murni & Nurjanah, 2020). Kemudian sejalan dengan penelitian di Puskesmas Trucuk I Kabupaten Klaten pada tahun 2019, hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dengan umur ($p=0.168$) (Cahyani, 2020).

Penelitian ini tidak sejalan dengan hasil analisis data Nepal MICS (*Multiple Indicator Cluster Survey*) tahun 2014 yang mengatakan bahwa usia wanita merupakan pengaruh yang kuat pada pemanfaatan *antenatal care*. Analisis multivariat menunjukkan bahwa wanita usia 35-49 tahun (berisiko)

memiliki hubungan negatif dengan bertambahnya usia yang memungkinkan memanfaatkan *antenatal care* lebih rendah (AOR=0.302; CI-0.102-0.899) (Adhikari & Somrngthong, 2017). Penelitian pada wanita yang tinggal di wilayah suku Kabupaten Kodagu Karnataka juga mengatakan bahwa usia secara signifikan berhubungan dengan pemanfaatan *antenatal care* pada ibu hamil dengan nilai $p < 0.05$ (Udayar & Parveen, 2018). Penelitian yang dilakukan pada 195 ibu hamil *trimester* III di Puskesmas Suruh Kabupaten Semarang juga menunjukkan hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara usia ibu hamil terhadap kepatuhan *antenatal care* (Putri, Christiani, & Nirmasari, 2015).

Upaya peningkatan promosi kesehatan mengenai usia yang baik dalam kehamilan perlu ditingkatkan dengan sasaran promosi yaitu wanita usia produktif. Promosi kesehatan dilakukan menggunakan dengan penyampaian komunikasi yang baik dan sederhana sehingga mampu membuat ibu mengerti mengenai kehamilan usia berisiko. Peningkatan promosi ini diharapkan mampu meningkatkan derajat kesehatan serta menurunkan angka kematian ibu dan anak akibat dari kehamilan di usia yang berisiko (<20 atau >35 tahun).

4.2.2. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kunjungan Antenatal Care

Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa ibu dengan pendidikan tinggi memiliki persentase yang lebih tinggi (94.0%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan ibu dengan pendidikan rendah (83.6%) dan tidak sekolah (72.1%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p < 0.05$, yang artinya ada hubungan

bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*. Ibu dengan tingkat pendidikan tidak sekolah memiliki risiko 6.08 kali tidak melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (OR=6.08; 95%CI=2.21-16.77). Sedangkan ibu dengan tingkat pendidikan rendah memiliki risiko 3.09 kali tidak melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (OR=3.09; 95%CI=1.39-6.87).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Pakistan pada tahun 2017 bahwa terdapat hubungan antara pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dengan tingkat pendidikan responden (Jehan, Jameel, & Ghani, 2017). Penelitian di Kenya pada tahun 2018 juga mengatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara keterlambatan kunjungan ANC dengan tingkat pendidikan yang rendah atau tidak berpendidikan sama sekali dengan nilai $p=0.001$ (<0.05), ibu yang tidak berpendidikan empat kali lebih mungkin untuk terlambat melakukan kunjungan ANC dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan menengah atau tinggi (OR=4.687; CI=1.765-12.447) (Wekesa, et al., 2018).

Penelitian yang dilakukan di Puskesmas Nagaswidak Palembang mengenai hubungan pendidikan dan pekerjaan dengan kunjungan ANC menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kunjungan *antenatal care* ($p=0.019$) (Asmalia & Makmun, 2018). Tingkat pendidikan yang rendah mengakibatkan terbatasnya kesadaran dan pemahaman ibu untuk merawat dan mempertahankan kehamilan mereka

(Oktariana, 2020). Hasil penelitian di Nepal juga menunjukkan hasil bahwa tingkat pendidikan ibu yang lebih tinggi meningkatkan kesempatan untuk memanfaatkan layanan ANC dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah, pendidikan ibu berkontribusi untuk meningkatkan penggunaan layanan ANC yang tepat (Shrestha, 2018).

Pendidikan kesehatan harus diupayakan guna meningkatkan pengetahuan ibu hamil mengenai pentingnya melakukan kunjungan *antenatal care* selama masa kehamilan sebagai bentuk pencegahan dini terhadap kehamilan berisiko. Pendidikan kesehatan dilakukan melalui promosi kesehatan oleh tenaga kesehatan yang terlatih sebagai bentuk pencegahan dini serta dapat dibantu oleh tokoh masyarakat setempat dengan sasaran ibu usia usia produktif baik yang belum hamil maupun yang sudah pernah melahirkan. Upaya ini diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan ibu mengenai *antenatal care* meskipun berada di tingkat pendidikan yang rendah.

4.2.3. Hubungan Status Pekerjaan dengan Kunjungan Antenatal Care

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa ibu yang bekerja memiliki persentase yang lebih tinggi (86.3%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja (82.9%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p=0.26$ (>0.05), yang artinya tidak ada hubungan bermakna antara status pekerjaan ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Ranotana Weru Kecamatan Wanea Kota Manado bahwa tidak terdapat

hubungan pekerjaan dengan keteraturan pemeriksaan *antenatal care* (Lumempouw, Kundre, & Bataha, 2016). Hasil penelitian terdahulu (Dewi, Widarini, & Karmaya, 2014) menunjukkan bahwa mayoritas ibu hamil bekerja, hasil analisa antara variabel pekerjaan dengan kelengkapan ANC menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan ($p=0.561$).

Namun tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Nagaswidak Palembang mengenai hubungan pendidikan dan pekerjaan dengan kunjungan ANC menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kunjungan *antenatal care* ($p=-0.010$) (Asmalia & Makmun, 2018). Penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kecamatan Pasar rebo Jakarta Timur juga menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pekerjaan ibu terhadap perilaku ANC dengan nilai *p-value* sebesar 0.002 (<0.05) (Wiratmo, Lisnadiyanti, & Sopianah, 2020).

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelengkapan kunjungan *antenatal care* pada ibu dengan status tidak bekerja dan yang bekerja. Hal ini terlihat dari persentase kunjungan *antenatal care* pada ibu yang tidak bekerja (82.9%) hanya berbeda 3,4% dengan yang bekerja (86.3%). Peningkatan promosi kesehatan harus diupayakan lebih giat lagi pada ibu dengan status tidak bekerja maupun yang bekerja guna mengetahui tanda-tanda kehamilan yang berisiko sehingga dapat diatasi sedini mungkin.

4.2.4. Hubungan Riwayat Komplikasi dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebanyak 112 ibu pernah mengalami komplikasi, 76 ibu (11.1%) mengalami komplikasi sebanyak 1 (satu) kali, 28 ibu (4.1%) sebanyak 2 (dua) kali, 8 ibu (1.2%) sebanyak 3 (tiga) kali, dan sisanya yaitu 571 ibu (83.6%) tidak pernah mengalami komplikasi. Komplikasi atau tanda bahaya yang paling banyak dialami ibu yaitu pendarahan *antepartum* sebanyak 37 ibu (5.4%). Pendarahan *antepartum* merupakan pendarahan vagina pada kehamilan diatas 22 minggu hingga menjelang persalinan yaitu sebelum bayi dahirkan. Komplikasi utama dari pendarahan *antepartum* adalah pendarahan yang menyebabkan anemia. Penelitian di Nepal tahun 2021 menunjukkan bahwa wanita yang tidak melakukan empat kunjungan *antenatal care* dua kali lebih mungkin mengalami anemia dibandingkan dengan mereka yang melakukan empat kali kunjungan *antenatal care* (Yadav, Ghimire, Amatya, & Lamichhane, 2021).

Namun hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang pernah mengalami komplikasi saat kehamilan memiliki persentase yang lebih tinggi (85.7%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang tidak pernah mengalami komplikasi saat kehamilan (84.4%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p=0.84$ (>0.05), yang artinya tidak ada hubungan bermakna antara riwayat komplikasi dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu (Astuti, 2016) di Kota Tangerang Selatan tahun 2014-2015, bahwa tidak ada hubungan antara kejadian preeklampsia dengan pemeriksaan *antenatal care* dimana

kejadian preeklampsia adalah kondisi peningkatan tekanan darah disertai adanya protein dalam urine pada ibu hamil yang merupakan salah satu tanda-tanda bahaya (komplikasi) selama masa kehamilan.

Penyuluhan kesehatan harus ditingkatkan untuk menciptakan kesadaran ibu terhadap risiko dari tanda-tanda komplikasi guna mendapatkan penegakan diagnosis dan pengobatan sedini mungkin agar tidak terjadi komplikasi yang lebih berbahaya. Diharapkan pembuat kebijakan dapat menjalin kemitraan dengan lintas sekor bidang kesehatan untuk membentuk kelas ibu hamil dan pembinaan keluarga dengan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) sehingga angka kematian ibu dan anak dapat menurun.

4.2.5. Hubungan Daerah Tempat Tinggal dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa ibu yang tinggal di daerah *urban* (perkotaan) memiliki persentase yang lebih tinggi (86.5%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang tinggal di daerah *rural* (pedesaan) (82.5%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p=0.18$ (>0.05), yang artinya tidak ada hubungan bermakna antara daerah tempat tinggal ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*.

Hasil analisis studi kasus disparitas *urban-rural* pada K4 (kunjungan empat) *antenatal care* selama kehamilan di Filipina dan Indonesia menunjukkan hasil bahwa ibu hamil di pedesaan Filipina memiliki kesempatan yang lebih baik untuk melakukan 4 (empat) kali kunjungan

antenatal care, sementara ibu hamil di perkotaan Indonesia memiliki peluang lebih besar untuk melakukan kunjungan *antenatal care* (Wulandari, Laksono, & Rohmah, 2021). Sementara hasil analisis data Survei Demografi dan Kesehatan Benin (*Benin Demographic and Health Survey*) tahun 2011/2012 mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pola pemanfaatan pelayanan *antenatal care* pada wanita usia subur di Negara Benin menunjukkan bahwa dari 13 variabel yang diteliti, hanya tempat tinggal yang tidak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* (Dansou, Adekunle, & Arowojolu, 2017).

Hasil penelitian ini sejalan dengan studi perbandingan tempat tinggal pedesaan dan perkotaan berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Nigeria (*Nigeria Demographic and Helath Survey*) tahun 2013 yang menunjukkan bahwa persentase wanita di perkotaan lebih tinggi dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dimana hanya 38,9% wanita di pedesaan yang melakukan empat atau lebih kunjungan kunjungan *antenatal care* dibandingkan dengan 77,6% wanita di perkotaan (Adewuyi, et al., 2018). Penelitian yang dilakukan pada wanita pedesaan dan perkotaan Hajira Pakistan pada tahun 2020 juga mengatakan bahwa sikap wanita pedesaan terhadap *antenatal care* sangat rendah (38,48%) dengan nilai rata-rata kunjungan *antenatal care* adalah $3,03 \pm 1,977$, sedangkan wanita perkotaan memiliki nilai rata-rata $3,89 \pm 2,491$ kunjungan *antenatal care* (Tabassam, Amjad, & Jamil, 2020).

Hasil penelitian menunjukkan persentase kunjungan *antenatal care* yang tidak jauh berbeda antara ibu yang tinggal di daerah pedesaan dengan

perkotaan. Hal ini dapat terjadi karena jarak tempat tinggal ibu ke fasilitas kesehatan yang tidak jauh sehingga memudahkan ibu dalam mengakses pelayanan *antenatal care*. Namun promosi kesehatan harus lebih ditingkatkan agar keteraturan kunjungan *antenatal care* dapat tercapai sehingga dapat mencegah terjadinya risiko pada kehamilan sedini mungkin serta menurunkan angka kematian ibu dan anak.

4.2.6. Hubungan Status Ekonomi dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui ibu dengan status ekonomi terbawah merupakan kelompok yang paling rendah dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap. Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p < 0.05$ pada status ekonomi terbawah, yang artinya ada hubungan bermakna antara kelengkapan kunjungan *antenatal care* dengan status ekonomi terbawah. Ibu dengan status ekonomi terbawah memiliki risiko 4.83 kali tidak melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu dengan status ekonomi teratas dengan nilai OR sebesar 4.83 (95% CI=1.83-12.77).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di pedesaan Ethiopia, yang menunjukkan bahwa status kekayaan merupakan faktor signifikan yang mempengaruhi jumlah perawatan antenatal, wanita yang memiliki status sosial ekonomi rendah memiliki frekuensi kunjungan ANC yang lebih rendah (Azanaw, et al., 2021). Hasil analisis multivariat pada penelitian terdahulu (Fatimah & Nafuri, 2019) menunjukkan nilai $p\text{-value}=0.02$ yang artinya ada pengaruh status ekonomi terhadap motivasi ibu hamil melakukan *antenatal*

care dengan nilai koefisien regresi 2.664 yang bersifat positif (+), artinya semakin tinggi status ekonomi maka semakin baik motivasi ibu hamil melakukan *antenatal care*.

Hasil analisis data sekunder Kaya HDSS (*Kaya Health and Demographic Surveillance System Data*) yang melibatkan 704 wanita usia subur di Kota Kaya pada tahun 2020 menunjukkan bahwa wanita dengan tingkat sosial ekonomi miskin berhubungan dengan keterlambatan kunjungan pertama antenatal (OR=2.89; $p<0.001$) (Some, Baguiya, Coulibaly, Bagnoa, & Kouanda, 2020). Hasil analisis Survei Kesehatan Rumah Tangga (*Household Health Survey*) di Sudan tahun 2010 juga mengatakan bahwa tingkat sosial ekonomi mempengaruhi penggunaan pelayanan ANC di Sudan Selatan, wanita dengan indeks kekayaan tertinggi lebih cenderung menggunakan layanan ANC dibandingkan dengan mereka yang berada di indeks kekayaan termiskin (Mugo, Dibley, & Agho, 2015).

Status ekonomi pada penelitian ini diukur berdasarkan dengan kepemilikan materi dan kekayaan rumah tangga. Kunjungan *antenatal care* pada ibu hamil umumnya membutuhkan biaya transportasi, biaya fasilitas kesehatan, dan biaya obat-obatan. Rendahnya status ekonomi dapat menghambat seorang ibu melakukan kunjungan *antenatal care* sehingga berisiko terhadap kesehatan ibu dan anak. Peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk dengan status ekonomi rendah perlu diupayakan untuk menekan angka kematian ibu dan anak yang disebabkan oleh rendahnya kunjungan *antenatal care*. Selain itu, diharapkan upaya di fasilitas kesehatan untuk dapat memastikan ibu dengan status ekonomi rendah

tidak menerima perawatan kehamilan dengan kualitas yang rendah pula karena masalah biaya.

4.2.7. Hubungan Pendampingan Suami dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa terdapat hubungan antara pendampingan suami dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* di Provinsi Sumatera Utara tahun 2017 dengan nilai $p=0.00$ (<0.05) dan diperoleh nilai OR sebesar 2.72 dengan CI 95%=1.72-4.31, yang artinya bahwa ibu yang tidak ditemani suami memiliki risiko 2.72 kali tidak melakukan kunjungan *antenatal care* dengan lengkap. Mengantar dan mendampingi istri untuk memeriksakan kehamilan merupakan suatu bentuk dari dukungan suami (Dewi, Widarini, & Karmaya, 2014).

Penelitian di Kota Debre Berhan mengenai pemanfaatan kunjungan *antenatal care* menunjukkan bahwa dukungan suami atau keterlibatan pasangan memiliki hubungan yang signifikan secara statistik terhadap pemanfaatan *antenatal care* minimal 4 (empat) kali kunjungan (Tizazu, Eyosiyas, Mikyas, & Asalif, 2020). Seorang ibu hamil yang mendapat dukungan dari suaminya akan termotivasi untuk melakukan kunjungan ANC secara rutin ke petugas kesehatan (Lisnawati, Sumiaty, & Fadliah, 2019)

Hasil ini sejalan dengan penelitian di Puskesmas Rekas, Kabupaten Manggarai Barat tahun 2017 bahwa ada hubungan antara dukungan suami dengan ketepatan kunjungan ANC yang dibuktikan dengan nilai $p=0.025$ (<0.05) (Pattipeilohy, 2017). Penelitian di Jakarta Utara Tahun 2018 juga

mengatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan suami terhadap kepatuhan melakukan kunjungan *antenatal care* pada ibu dengan nilai $p=0.005$ (<0.05) (Handayani & Rinah, 2019).

Namun hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian sebelumnya (Inayah & Fitriahadi, 2019), yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan suami dengan keteraturan kunjungan ANC pada ibu hamil dengan nilai $p\text{-value}=0.239$ (>0.05). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan suami ibu dengan keteraturan pemeriksaan *antenatal care*, justru ibu yang memiliki dukungan dari suami lebih banyak melakukan pemeriksaan *antenatal care* tidak teratur (Junga, Pondaag, & Kundre, 2017).

Rendahnya pengetahuan suami mengenai pelayanan *antenatal care* memberikan dampak yang sangat besar terhadap keinginan suami untuk mendampingi ibu dalam melakukan pemeriksaan kehamilan. Pendampingan suami sangat penting dalam hal ini mengingat masih adanya budaya patriarki, dimana suami merupakan kepala keluarga dan sebagai pengambil keputusan dalam rumah tangga. Dalam pengambilan keputusan untuk melakukan kunjungan *antenatal care*, dukungan suami yang paling besar adalah dalam bentuk mendampingi istrinya selama melakukan pemeriksaan *antenatal care*. Kehadiran suami dalam setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan merupakan dukungan besar bagi ibu, dukungan ini sangat berdampak pada perilaku kesehatan ibu. Pendampingan dan kehadiran sebagai bentuk dukungan suami merupakan hal yang penting karena dapat membantu menjaga kondisi kesehatan ibu maupun janin selama proses kehamilan, persalinan, maupun

saat masa nifas. Seorang ibu juga akan merasa terjamin kesehatan dan keselamatannya apabila orang di sekitarnya terutama suami memberikan perhatian dan sikap peduli terhadap kondisi kehamilannya.

4.3. Kunjungan *Antenatal Care* dalam Perspektif Islam

Berdasarkan hasil penelitian, ada 3 (tiga) faktor yang berhubungan secara signifikan terhadap kunjungan *antenatal care*, yaitu tingkat pendidikan ibu pada faktor predisposisi, status ekonomi pada faktor pemungkin, dan pendampingan suami pada faktor penguat.

4.3.1. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan jenjang pendidikan yang telah ditempuh seseorang, semakin tinggi jenjang pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula pengetahuannya. Pengetahuan merupakan indikator penting seseorang dalam melakukan suatu sikap atau tindakan, jika seseorang memiliki pengetahuan yang baik tentang kesehatan maka seseorang tersebut akan memahami pentingnya meningkatkan kualitas kesehatannya.

Islam mengajarkan pentingnya untuk mencari ilmu pengetahuan, sehingga seseorang memiliki bekal untuk dapat mengubah perilakunya ke arah yang lebih baik yang khususnya dapat meningkatkan derajat kesehatannya. Allah *Subhanahu wa ta'ala* berfirman dalam Q.S. Al-'Alaq (96:1-5) yang berbunyi:

اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ اقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ عَلَّمَ
الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ

Terjemahan:

“Bacalah dengan (menyebut) nama Tuhanmu yang menciptakan. Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah. Bacalah, dan Tuhanmu Yang Maha Pemurah, yang mengajar (manusia) dengan perantara kalam. Dia mengajar kepada manusia apa yang tidak diketahuinya.”

Ayat tersebut mengajarkan kepada manusia bahwa Allah Subhanahu wa ta'ala memuliakan/menjunjung tinggi martabat manusia melalui baca yang berarti dengan proses belajar mengajar itu manusia dapat menguasai ilmu-ilmu pengetahuan, sehingga manusia dapat mengetahui rahasia alam semesta yang bermanfaat bagi kesejahteraan hidupnya. Surah Al-‘Alaq juga mengandung perintah membaca yang berarti berpikir secara teratur atau sistematis dalam mempelajari firman Allah dan ciptaan-Nya, berpikir dengan mengorelasikan antara ayat qauliyah dan kauniyah, sehingga manusia menemukan konsep-konsep sains dan ilmu pengetahuan.

Rasulullah Shallallahu ‘alaihi wa sallam bersabda:

طَلَبُ الْعِلْمِ فَرِيضَةٌ عَلَى كُلِّ مُسْلِمٍ

Terjemahan:

“Menuntut ilmu itu wajib atas setiap Muslim” (Hadis Shahih, Riwayat al-Baihaqi dalam kitab syu’abul iman).

Menuntut ilmu itu wajib bagi muslim maupun muslimat. Ketika sudah turun perintah Allah yang mewajibkan suatu hal, sebagai muslim yang harus

kita lakukan adalah sami'na wa atha'na, kami dengar dan kami taat. Sesuai dengan firman Allah Ta'ala dalam Q.S. An-Nuur (24:51) yang berbunyi:

إِنَّمَا كَانَ قَوْلَ الْمُؤْمِنِينَ إِذَا دُعُوا إِلَى اللَّهِ وَرَسُولِهِ لِيَحْكُمَ بَيْنَهُمْ أَنْ يَقُولُوا سَمِعْنَا وَأَطَعْنَا وَأُولَٰئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ

Terjemahan:

“Sesungguhnya ucapan orang-orang yang beriman apabila diajak untuk kembali kepada Allah dan Rasul-Nya agar Rasul itu memberikan keputusan hukum di antara mereka hanyalah dengan mengatakan, “Kami mendengar dan kami taat”. Dan hanya merekalah orang-orang yang berbahagia.”

4.3.2. Status Ekonomi

Status ekonomi merupakan kondisi kedudukan seseorang dalam masyarakat berdasarkan kepemilikan barang dan materi. Seseorang atau keluarga yang mempunyai status ekonomi atau pendapatan tinggi akan mempraktikkan gaya hidup yang lebih konsumtif karena mereka mampu memenuhi semua yang dibutuhkan bila dibandingkan dengan keluarga yang kelas ekonominya menengah ke bawah.

Di dalam Al-Qur'an Allah Subhanahu wa ta'ala berfirman dalam Q.S. Al-Isra (17:31) yang berbunyi:

وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ خَشْيَةَ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَإِيَّاكُمْ

Terjemahan:

“Dan janganlah kamu membunuh anak-anakmu karena takut miskin. Kamilah yang akan menanggung rezeki mereka dan juga (rezeki) bagimu.”

Ayat tersebut menerangkan bahwa setiap anak dijamin Allah rezekinya, namun sebagai umat beragama kita harus memahami konsep ayat tersebut bukan berarti orang tua lepas tangan terhadap kesejahteraan anak, sehingga anak tidak dirawat atau malah ditelantarkan.

Berdasarkan kesepakatan ahli tafsir kata “kami” mengandung dua hal yang pertama menunjukkan pengagungan atau penghormatan kepada Allah Subhanahu wa ta’ala, yang kedua bahwa ada oknum atau subjek lain didalam tindakan tersebut misalnya malaikat, manusia, sistem dan lain sebagainya. Makna tersebut berarti Allah melakukan kehendak-Nya dengan tetap memberi ruang bagi pihak lain, misalnya: manusia. Allah Subhanahu wa ta’ala berfirman dalam Q.S. At-Tin (95:4) yang berbunyi:

لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ

Terjemahan:

“Sungguh Kami ciptakan manusia dalam sebaik-baik bentuk.”

Artinya bahwa bentuk ciptaan Allah Subhanahu wa ta’ala yang baik itu akan terwujud nyata bukan semata-mata atas peran-Nya saja melainkan peran manusia dalam menjalankan fungsi reproduksinya secara baik dan sehat yang sesuai dengan pengertian kesehatan reproduksi itu sendiri, agar tidak terjadi masalah bayi lahir cacat, tidak normal yang hampir dipastikan akibat dari proses reproduksi yang tidak memenuhi standar baik secara medis dan sosial.

4.3.3. Pendampingan Suami

Wanita berhak mendapatkan jaminan keselamatan dan kesehatan yang berkaitan dengan fungsi reproduksinya. Hak ini mutlak mengingat risiko yang

sangat besar bagi kaum ibu dalam menjalankan fungsi reproduksinya. Mulai dari menstruasi, berhubungan seks, mengandung, melahirkan maupun menyusui. Seorang wanita ketika sedang mengandung atau hamil, berhak mendapatkan berbagai perlindungan dari suaminya. Islam telah menempatkan laki-laki (suami) sebagai pemimpin dan pelindung dalam rumah tangga.

Allah Subhanahu wa ta'ala berfirman dalam Q.S. An-Nisa (4:34) yang berbunyi:

الرِّجَالُ قَوَّامُونَ عَلَى النِّسَاءِ بِمَا فَضَّلَ اللَّهُ بَعْضَهُمْ عَلَى بَعْضٍ وَبِمَا أَنْفَقُوا مِنْ أَمْوَالِهِمْ ۚ فَالصَّالِحَاتُ قَنَاطٌ حَافِظَاتٌ لِّلْغَيْبِ بِمَا حَفِظَ اللَّهُ ۚ

Terjemahan:

“Laki-laki (suami) itu pelindung bagi perempuan (istri), karena Allah telah melebihkan sebagian mereka (laki-laki) atas sebagian yang lain (perempuan), dan karena mereka (laki-laki) telah memberikan nafkah dan hartanya. Maka perempuan yang saleh adalah mereka yang taat (kepada Allah) dan menjaga diri ketika (suaminya) tidak ada, karena Allah telah menjaga (mereka)”

Sebagai pemimpin tentu saja seorang suami harus bertanggung jawab atas keselamatan istrinya terutama ketika istri dalam masa kehamilan. Dari Abu Hurairah dari Nabi Shallallahu alaihi wa sallam, dia berkata, “Ya Allah sungguh aku kecam orang yang mengabaikan hak dua orang yang lemah: yaitu anak yatim dan seorang istri”. (HR. Ahmad dalam “Al Musnad”, 15/416, cetakan Mussasah ar Risalah).

Hadis tersebut mengajarkan kepada suami untuk memperhatikan hak-hak dari seorang istri, khususnya pada saat istri hamil. Pada masa tersebut seorang wanita hamil membutuhkan perhatian yang lebih dari suami dan keluarganya, terkait dari segi fisik dan mental wanita tersebut yang mudah stress akibat kehamilannya. Allah Subhanahu wa ta'ala berfirman dalam Q.S. Luqman (31:14) yang berbunyi:

حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَى وَهْنٍ وَفِصَالَهُ فِي غَامِينَ

Terjemahan:

“Ibunya telah mengandungnya dalam keadaan lemah yang bertambah-tambah, dan menyapihnya dalam usia dua tahun.”

4.4. Keterbatasan Peneliti

Penelitian ini menggunakan data sekunder sehingga tidak memungkinkan semua variabel pada kerangka teori dapat dianalisis karena data yang diperoleh merupakan data Laporan SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) 2017. Kemudian beberapa variabel pada kerangka teori yang terdapat dalam SDKI 2017 tidak dapat digunakan dalam penelitian ini dikarenakan banyak ditemukan *missing data*. Keterbatasan lain pada penelitian ini yaitu pengumpulan data SDKI 2017 yang bersifat subjektif, sehingga informasi yang diperoleh tergantung dari daya ingat dan kejujuran dari ibu pada saat menjawab pertanyaan yang diajukan. Kemungkinan *recall bias* bisa saja terjadi karena kesulitan ibu mengingat kembali keadaan kehamilannya khususnya mengenai kunjungan *antenatal care* selama 5 tahun terakhir sampai dilakukannya penelitian SDKI 2017.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan dalam penelitian, maka kesimpulan yang dapat diambil adalah sebagai berikut:

- 1) Persentase ibu yang melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap (≥ 4 kali) saat masa kehamilan sebesar 84.6%, sedangkan persentase ibu yang melakukan kunjungan *antenatal care* secara tidak lengkap (< 4 kali) sebesar 15.4%.
- 2) Distribusi ibu berdasarkan faktor predisposisi menunjukkan bahwa sebagian besar berada pada kelompok usia tidak berisiko (20-34 tahun) sebanyak 469 ibu (68.7%), tingkat pendidikan rendah sebanyak 523 ibu (76.6%), ibu dengan status bekerja sebanyak 350 ibu (51.2%) dan tidak pernah mengalami komplikasi selama masa kehamilan sebanyak 571 ibu (83.6%).
- 3) Distribusi ibu berdasarkan faktor pemungkin menunjukkan bahwa sebagian besar tinggal di daerah *urban* (perkotaan) sebanyak 363 ibu (53.1%) dan berada pada status ekonomi terbawah (24.3%) dan menengah (22.3%).
- 4) Distribusi ibu berdasarkan faktor penguat menunjukkan bahwa sebagiann besar ditemani suami saat melakukan kunjungan *antenatal care* yaitu sebanyak 554 ibu (81.1%).
- 5) Faktor predisposisi yang memiliki hubungan signifikan dengan kunjungan *antenatal care* yaitu tingkat pendidikan. Ibu dengan pendidikan tinggi memiliki persentase yang lebih tinggi (94.0%) dalam melakukan kunjungan

antenatal care secara lengkap dibandingkan ibu dengan pendidikan rendah (83.6%) dan tidak sekolah (72.1%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p < 0.05$, yang artinya ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*. Ibu dengan tingkat pendidikan tidak sekolah memiliki risiko 6.08 kali tidak melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (OR=6.08; 95%CI=2.21-16.77). Sedangkan ibu dengan tingkat pendidikan rendah memiliki risiko 3.09 kali tidak melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (OR=3.09; 95%CI=1.39-6.87).

- 6) Faktor pemungkin yang memiliki hubungan signifikan dengan kunjungan *antenatal care* yaitu status ekonomi. Ibu dengan status ekonomi teratas memiliki persentase yang paling tinggi (92.6%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap. Sedangkan ibu dengan status ekonomi terbawah merupakan kelompok yang paling rendah dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap (72.3%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p < 0.05$ pada status ekonomi terbawah, yang artinya ada hubungan bermakna antara kelengkapan kunjungan *antenatal care* dengan status ekonomi terbawah. Ibu dengan status ekonomi terbawah memiliki risiko 4.83 kali tidak melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu dengan status ekonomi teratas (OR=4.83; 95%CI=1.83-12.77). Sedangkan hasil uji statistik *chi-square* pada status ekonomi menengah bawah, menengah, dan menengah atas diperoleh nilai

$p>0.05$, yang artinya tidak ada perbedaan bermakna antara ibu dengan status ekonomi menengah bawah, menengah, dan menengah atas dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*.

- 7) Faktor penguat (pendampingan suami) memiliki hubungan signifikan dengan kunjungan *antenatal care*. Ibu yang ditemani suami memiliki persentase lebih tinggi (87.5%) dalam melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan ibu yang tidak ditemani suami (72.1%). Hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai $p=0.00$ (<0.05), yang artinya ada hubungan bermakna antara pendampingan suami dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care*. Ibu yang tidak ditemani suami memiliki risiko 2.72 kali tidak melakukan kunjungan *antenatal care* secara lengkap dibandingkan dengan ibu yang ditemani suami (OR=2.72; 95%CI=1.72-4.31).

5.2. Saran

5.2.1. Pemerintah

- 1) Pemerintah diharapkan dapat memaksimalkan program pendidikan kesehatan guna meningkatkan pengetahuan ibu hamil mengenai standar kunjungan pelayanan *antenatal care* yaitu minimal 4 kali selama masa kehamilan.
- 2) Pemerintah diharapkan dapat terus memprioritaskan program kelas ibu hamil dan pembinaan keluarga dengan strategi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) sebagai upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak.

- 3) Pemerintah diharapkan mampu memonitoring keteraturan kunjungan *antenatal care* pada ibu hamil sehingga dapat mencegah terjadinya risiko pada kehamilan sedini mungkin serta menurunkan angka kematian ibu dan anak.
- 4) Pemerintah diharapkan mampu meningkatkan upaya promosi kesehatan terkait dengan usia yang baik dalam kehamilan dan peran suami selama masa kehamilan sebagai bentuk dukungan terhadap ibu dengan sasaran promosi yaitu bukan hanya wanita namun juga pria usia produktif.
- 5) Pemerintah diharapkan dapat memastikan seluruh ibu mendapatkan perawatan kehamilan yang berkualitas tanpa memandang status ekonomi maupun yang lainnya.

5.2.2. Survei Demografi Kesehatan Indonesia Selanjutnya

- 1) Memberikan pertanyaan kepada ibu mengenai pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, dan masa nifas agar dapat menentukan suatu tindakan yang berkaitan dengan rendah atau tingginya pengetahuan ibu.
- 2) Menghilangkan pilihan jawaban “lainnya” pada pertanyaan riwayat komplikasi karna berpengaruh terhadap hasil penelitian selanjutnya.
- 6) Mengelompokkan usia ibu dengan melihat kategori usia berisiko menurut Kementerian Kesehatan yakni dikatakan berisiko jika usia ibu <20 atau >35 tahun dan tidak berisiko jika usia ibu 20-35 tahun untuk memudahkan penelitian Analisis Data Sekunder selanjutnya.

5.2.3. Peneliti Selanjutnya

- 1) Mampu meneliti kembali variabel-variabel pada penelitian ini secara lebih dalam mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* pada ibu hamil.
- 2) Mampu meneliti variabel-variabel lain di luar dari penelitian ini mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* pada ibu hamil sehingga dapat memberikan informasi yang diharapkan dapat meningkatkan faktor-faktor yang berhubungan tersebut guna menurunkan angka kematian ibu dan anak.
- 3) Mampu melakukan penelitian dengan analisis multivariat mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* pada ibu hamil.
- 4) Mampu melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan kunjungan *antenatal care* pada ibu yang sedang hamil sehingga dapat menghindari *recall bias*.

DAFTAR PUSTAKA

- Adewuyi, E. O., Auta, A., Khanal, V., Bamidele, O. D., Akuoko, C. P., Adefami, K., . . . Zhao, Y. (2018). Prevalence and factors associated with underutilization of antenatal care services in Nigeria: A comparative study of rural and urban residences based on the 2013 Nigeria demographic and health survey. *PLOS ONE*, 13(5). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0197324
- Adhikari, S., & Somrongthong, R. (2017). Influences on the Utilization of Antenatal Care among Reproductive Age Group Women in Mid-Western Development Region of Nepal: a Population-Based Study Using the Nepal Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) Data 2014. *Journal of Health Research*, 31(Suppl. 1), s17-s24. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/104291>
- Ahmalia, R., & Parmisze, A. (2018). Hubungan Pengetahuan, Pendidikan dan Dukungan Suami dengan Kunjungan Pemeriksaan Antenatal Care di Puskesmas Lubuk Alung Tahun 2017. *Human Care Journal*, 3(1), 12-20.
- Aryanti, Karneli, & Pratiwi, S. C. (2020). Hubungan Dukungan Suami pada Ibu Hamil Terhadap Kunjungan Antenatal Care (Anc) di BPM Soraya Palembang. *Cendekia Medika*, 5(2), 94-100. doi:<https://doi.org/10.52235/cendekiamedika.v5i2.68>
- Asmalia, R., & Makmun, A. (2018). The Correlation Between Education and Occupation with the ANC (Antenatal Care) Visit at Nagaswidak Health Care Center Palembang. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(9), 1886. doi:10.5958/0976-5506.2019.02730.X
- Astuti, S. F. (2016). *aktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia Kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Pamulang Kota Tangerang Selatan Tahun 2014-2015*. Skripsi, UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan. Retrieved from <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/29646>
- Aunillah, N. I. (2016). *Fiqh Kehamilan & Melahirkan: panduan syar'i seputar pernikahan hingga melahirkan* (1st ed.). Yogyakarta: Araska.
- Azanaw, M. M., Gebremariam, A. D., Dagnaw, F. T., Yisak, H., Atikilt, G., Minuye, B., . . . Tiruneh, S. A. (2021). Factors Associated with Numbers of

Antenatal Care Visits in Rural Ethiopia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 1403-1411. doi:<http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S308802>

Azwar, A. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga*. Tangerang: Binarupa Aksara.

BAPPENAS. (2017). *Pilar Pembangunan Sosial: Metadata Indikator Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB)/Sustainable Development Goals (SDGs) Indonesia*. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional RI. Retrieved Januari 2021, from <http://sdgs.bappenas.go.id/pilar-sosial/>

BPS SUMUT. (2018). *Jumlah Ibu Hamil, Melakukan Kunjungan K1, Melakukan Kunjungan K4, Kurang Energi Kronis (KEK), dan Mendapat Tablet Zat Besi (Fe) di Provinsi Sumatera Utara, 2012-2017*. Badan Pusat Statistik Sumatera Utara. Retrieved July 2021, from <https://sumut.bps.go.id/statistable/2018/11/28/1290/jumlah-ibu-hamil-melakukan-kunjungan-k1-melakukan-kunjungan-k4-kurang-energi-kronis-kek-dan-mendapat-tablet-zat-besi-fe-di-provinsi-sumatera-utara-2012-2017>

Cahyani, I. S. (2020). Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care di Puskesmas. *HIGEIA Journal of Public Health Research and Development*, 4(1), 76-86. doi:<https://doi.org/10.15294/higeia.v4i1.34812>

Dansou, J., Adekunle, A. O., & Arowojolu, A. O. (2017). Factors associated with antenatal care services utilisation patterns amongst reproductive age women in Benin Republic: An analysis of 2011/2012 benin republic's demographic and health survey data. *The Nigerian postgraduate medical journal*, 24(2), 67-74. doi:10.4103/NPMJ.NPMJ_16_17

Desiana, S. (2018). *Asuhan Kebidanan Continuity of Care pada Ny E Masa Hamil sampai dengan Keluarga Berencana di PMB RB Fauziah Katini S.ST Pulung Ponorogo*. Muhammadiyah University of Ponorogo, Department of Midwifery. Repository Muhammadiyah University of Ponorogo. Retrieved June 2021, from <http://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/4206>

Dewi, & Sunarsih. (2013). *Kehamilan Terintegrasi*. Yogyakarta: Graha Medika.

Dewi, M. K., Widarini, & Karmaya, I. N. (2014). Relationship between Socio-economic Characteristic and Husband Support with Inclusive Antenatal Care (ANC) at South Denpasar Health Centre III. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 2(1), 45-51. doi:10.15562/phpma.v2i1.122

- Doloksaribu, S. M. (2018). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Antenatal Care (ANC) di Praktek Mandiri Bidan Afriana Am.Keb Bromo Ujung Tahun 2018*. Skripsi, Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Medan, Kebidanan Medan.
- Fatimah, J., & Nafuri, S. R. (2019). Konfirmasi Tiga Variabel yang Berpengaruh terhadap Motivasi Ibu Hamil Melakukan Kunjungan Antenatal Care. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 10(2), 389-397. doi:<http://dx.doi.org/10.26751/jikk.v10i2.744>
- Febriyeni, & Damayanti, T. P. (2020). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan K4 Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Lima Kaum I Kabupaten Tanah Datar Tahun 2019. *Jurnal Menara Ilmu*, 14(1).
- Handayani, & Rinah. (2019). Hubungan Dukungan Suami terhadap Kepatuhan Ibu Melakukan Kunjungan Antenatal Care. *Jurnal Online Keperawatan Indonesia*, 2(1), 157-164. Retrieved July 2021, from <http://e-journal.sari-mutiara.ac.id/index.php/Keperawatan/article/view/764/644>
- Handayani, F. (2017). Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kunjungan Antenatal Care (ANC) di Desa Muara Mahat Wilayah Kerja Puskesmas Tapung I. *Jurnal Doppler Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai*, 1(2).
- Haryani, A. P., Maroef, M., & N., S. A. (2015). Hubungan Usia Ibu Hamil Berisiko dengan Kejadian Preeklampsia/Eklampsia di RSUD Haji Surabaya Periode 1 Januari 2013-31 Desember 2013. *Santika Medika: Jurnal Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Keluarga*, 11(1), 27-33.
- Husaivi, Z. S. (2020). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kunjungan Asuhan Antenatal di Kota Makassar*. Skripsi, Universitas Hasanuddin, Fakultas Kedokteran. Retrieved June 2021, from <http://repository.unhas.ac.id/>
- Inayah, N., & Fitriahadi, E. (2019). Education, Occupation and husband's support on the regularity of NAC visits in third trimester pregnant women. *Jurnal Health of Studies*, 3(1), 64-70. doi:<https://doi.org/10.31101/jhes842>
- Indiarti, M. (2015). *Panduan Terbaik A-Z Kehamilan, Persalinan, dan Perawatan*. Yogyakarta: P.T. Indoliterasi.
- Ja'far, S. (2013). Evolusi Embrionik Manusia dalam Al-qur'an. *Institut Agama Islam Negeri Sunan Ampel*, 3(1), 25-45.

- Jannah, N. (2012). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Andi Publisher.
- Jehan, F., Jameel, N., & Ghani, R. (2017). Knowledge, Attitude and Practice, Regarding Maternity Care Among Married Women Related to Age, Education and Antenatal Care in Different Maternity Homes of Central District Karachi, Pakistan. *International Journal of Advanced Research (IJAR)*, 5(12), 1240-1247. doi:<http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/6080>
- Junga, M. R., Pondaag, L., & Kundre, R. (2017). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keteraturan Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado. *e-Journal Keperawatan (e-Kp)*, 5(1). Retrieved July 2021, from <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/14690/14258>
- KEMENAG RI, Al-Qur'an dan Terjemahannya. (n.d.). Retrieved February 20, 2021, from <https://quran.kemenag.go.id/>
- KEMENKES RI. (2013). *Data dan Informasi Kesehatan Provinsi Sumatera Utara*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Retrieved from <https://pusdatin.kemkes.go.id>
- KEMENKES RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual*. Kementerian Kesehatan RI. Retrieved Januari 2021, from <https://kesga.kemkes.go.id>
- KEMENKES RI. (2015). *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Retrieved February 22, 2021, from <http://bppsdmk.kemkes.go.id/>
- KEMENKES RI. (2016). *Peraturan Pemerintah (PP) No. 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- KEMENKES RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia*. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta. Retrieved February 20, 2021, from pusdatin.kemkes.go.id
- KEMENKES RI. (2018a). *Perpres Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan SDGs*. Kementerian Kesehatan RI. Retrieved Januari 2021, from <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan->

p2ptm/subdit-penyakit-diabetes-melitus-dan-gangguan-metabolik/perpres-pelaksanaan-pencapaian-tujuan-pembangunan-berkelanjutan-sdgs

KEMENKES RI. (2018b). *Profil Kesehatan Indonesia*. Kementerian Kesehatan RI. Retrieved Januari 2021, from <https://pusdatin.kemkes.go.id>

KEMENKES RI. (2018c). *Pentingnya Pemeriksaan Kehamilan (ANC) di Fasilitas Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Retrieved February 27, 2021, from <https://promkes.kemkes.go.id/pentingnya-pemeriksaan-kehamilan-anc-di-fasilitas-kesehatan>

Kurniasari, D., & Sari, V. Y. (2016). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kunjungan Kehamilan di Puskesmas Kesumadadi Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2016. *Jurnal Kebidanan*, 2(4), 159-168.

Kusumawati, H., Hastuti, S. B., & Khoriyati, A. (2015). Pengaruh Pendampingan Suami Terhadap Lama Persalinan Normal Kala II Pada Ibu Primipara di Rumah Bersalin Sakina Idaman Yogyakarta. *Journal of Holistic Nursing Science*, 2(1). Retrieved from <https://journal.unimma.ac.id/index.php/nursing/article/view/456/292>

Lisnawati, Sumiaty, & Fadliah, U. (2019). Husband Support and The Activity of Health Officers to Antenatal Care (ANC) Visits of Pregnant Women. *Health Polytechnic of Health Ministry of Palu*, 2(1), 167-176. Retrieved from <http://journal.poltekkes-mks.ac.id>

Lumempouw, v. J., Kundre, R. M., & Bataha, Y. (2016). Hubungan Faktor Sosial Ekonomi Ibu Hamil dengan Keteraturan Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) di Puskesmas Ranotana Weru Kecamatan Wanea Kota Manado. *e-journal Keperawatan*, 4(2), 1-7.

Maffioletti, F., Vettore, M. V., Rebelo, M., Herkrath, F., Queiroz, A., Herkrath, A. P., . . . Vieira, J. R. (2019). Predisposing, enabling, and need characteristics of dental services utilization among socially deprived schoolchildren. *Journal of Public Health Dentistry*. doi:<https://doi.org/10.1111/jphd.12349>

Mugo, N. S., Dibley, M. J., & Agho, K. E. (2015). Prevalence and risk factors for non-use of antenatal care visits: analysis of the 2010 South Sudan household survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(68), 1-13. doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0491-6>

- Murni, F. A., & Nurjanah, I. (2020). Ibu Hamil dengan Kepatuhan Kunjungan Antenatal Care (ANC) K4 di Puskesmas. *Indonesian Midwifery Scientific Journal*, 10(1), 9-12. doi:<https://doi.org/10.33221/jiki.v10i01.423>
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Noviana, A. (2018). *Hubungan Usia dan Tingkat Pendidikan Ibu Hamil terhadap Kepatuhan Melaksanakan Antenatal Care (ANC) di RSI Pekajangan*. Skripsi, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Fakultas Kedokteran. Retrieved from <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/58165>
- Nurfajriah. (2018). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia (Analisis Data Sekunder IFLS 5 Tahun 2014)*. Skripsi, Universitas Sriwijaya, Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Oktariana, D. (2020). Efforts to Maintain the Health of Pregnant Women through. *Conference od Medical Sciences Dies Natalis Faculty of Medicine Universitas Sriwijaya*, 2(1), 45-50. doi:10.32539/DIES.V2I1.41
- Pattipeilohy, M. Y. (2017). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Ibu terhadap Ketepatan Kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Rekas Kabupaten Manggarai Barat Nusa Tenggara Timur Tahun 2017*. Skripsi, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan, Kebidanan, Yogyakarta. Retrieved July 2021
- PERMENKES RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan. Retrieved February 25, 2021, from <https://djsn.go.id/storage/app/uploads/public/58d/486/f01/58d486f010a3f067>
- Prawirohardjo, S. (2014). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Purwoastuti, Endang, & Walyani, E. S. (2015). *Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

- Putri, S. D., Christiani, N., & Nirmasari, C. (2018). Hubungan Usia Ibu Hamil dengan Kepatuhan ANC di Puskesmas Suruh Kabupaten Semarang. *Jurnal Keperawatan Maternitas*, 33-41.
- Putri, S. K., Christiani, N., & Nirmasari, C. (2015). Hubungan Usia Ibu Hamil dengan Kepatuhan ANC di Puskesmas Suruh Kabupaten Semarang. *Jurnal Keperawatan Maternitas*, 3(1), 33-41. Retrieved from <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKMat/article/view/4019/3737>
- Rachmawati, A. I., Puspitasari, R. D., & Cania, E. (2017). Faktor yang Mempengaruhi Kunjungan Antenatal Care (ANC) Ibu Hamil. *Jurnal Majority*, 7(1), 72-76.
- Romauli, S. (2011). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1: Konsep Dasar Asuhan Kehamilan* (1st ed.). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Safitri, F., Husna, A., Andika, F., & Dhirah, U. H. (2016). Contribution of Predisposition Factors and Enabling Factors to Antenatal Care Compliance in Pregnant Woman in Sukamakmur Sibreh Health Center. *Journal of Healthcare technology and Medicine*, 2(1), 35-45.
- Saifuddin, A. B. (2014). *Buku Acuan Nasional*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sakinah, V., & Fibriana, A. I. (2015). Upaya Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Kunjungan Antenatal Care (ANC) Ibu Hamil Melalui Pemberdayaan Kader ANC. *Unnes Journal of Public Health*, 4(1).
- SDKI. (2017). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017*. Kementerian Kesehatan RI.
- Setiawati, D. (2013). *Kehamilan dan Pemeriksaan Kehamilan*. Makassar: Alauddin University Press.
- Shrestha, B. (2018). Mother's Education and Antenatal Care Visits in Nepal. *Tribhuvan University Journal*, 32(2), 153-164. doi:10.3126/TUJ.V32I2.24712
- Situmorang, T. H., Damantalm, Y., Januarista, A., & Sukri. (2016). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia pada Ibu Hamil di Poli

KIA RSU Anutapura Palu. *Healthy Tadulako Journal*, 2(1). doi:<https://doi.org/10.22487/htj.v2i1.21>

- Some, A., Baguiya, A., Coulibaly, A., Bagnoa, V., & Kouanda, S. (2020). Prevalence and Factors Associated with Late First Antenatal Care Visit in Kaya Health District, Burkina Faso. *African Journal of Reproductive Health*, 24(2), 19-26. doi:DOI:10.29063/ajrh2020/v24i2.2
- Syafitri, N. P. (2019). *Hubungan Status Ekonomi Ibu Hamil terhadap Kunjungan Antenatal Care (ANC) di Puskesmas Mataram Jakarta Timur*. Thesis, Universitas Binawan, Keperawatan.
- Tabassam, F., Amjad, T., & Jamil, S. (2020). Assessment of Knowledge, Attitude and Practices Regarding Antenatal Care Among Urban and Rural Women of Tehsil Hajira District Poonch: A Comparative Study. *Central African Journal of Public Health*, 6(5), 237-241. doi:10.11648/J.CAJPH.20200605.11
- Tarigan, D. F. (2017). Faktor kelengkapan Kunjungan Antenatal Care di Puskesmas Sei Kepayang Kabupaten Asahan Tahun 2017. *Mahakam Midwifery Journal*, 2(2), 105-121.
- Tesfaye, G., Chojenta, C., Smith, R., & Loxton, D. (2019). Predisposing, enabling and need factors associated with skilled delivery care utilization among reproductive-aged women in Kersa district, eastern Ethiopia. *National Library of Medicine*, 16(1). doi:10.1186/s12978-019-0829-z
- Tizazu, M. A., Eyosiyas, A. Y., Mikyias, M. A., & Asalif, H. B. (2020). Utilizing a Minimum of Four Antenatal Care Visits and Associated Factors in Debre Berhan Town, Nort Shewa, Amhara, Ethiopia, 2020. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2783-2791. doi:DOI:10.2147/RMHP.S285875
- Udayar, S., & Parveen, M. (2018). Study of awareness and utilization pattern of antenatal care services among tribal women of the reproductive age group in Kodagu district, Karnataka. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 9(1), 1-6. doi:10.5455/IJMSPH.2020.0824316102019
- Umiyah, A. (2018). Tinjauan Medis dan Fiqh tentang Kejadian Spotting pada Pengguna Alat Kotrasepsi Suntik 3 Bulan. *Journals of Ners Community*, 9(2), 197-204.

- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations. Retrieved January 2021, from <http://daccess-ods.un.org/access.nsf/get?open&DS=A/RES/70/1&Lang=E>
- Walyani, E. S. (2017). *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Wekesa, N. M., Wanjihia, V., Makokha, A., Lihana, R. W., Ngeresa, J. A., Kaneko, S., & Karama, M. (2018). High Parity and Low Education are Predictors of Late Antenatal Care initiation among Women in Maternal and Child Health Clinics in Kwale County, Kenya. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 50, 1-11. Retrieved from <https://www.iiste.org/Journals/index.php/JHMN/article/view/42470>
- WHO. (2015). *Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi*. World Health Organization.
- WHO. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization. Retrieved Januari 2021, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- WHO. (2019). *Maternal mortality in 2000-2017*. World Health Organization. Retrieved July 2021, from https://www.who.int/gho/maternal_health/countries/idn.pdf?ua=1
- WHO. (2020). *Newborns: improving survival and well-being*. World Health Organization. Retrieved Januari 2021, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- Wiratmo, P. A., Lisnadiyanti, & Sopianah, N. (2020). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kunjungan Antenatal Care terhadap Perilaku Antenatal Care. *CoMPHI Journal: Community Medicine and Public Health of Indonesia Journal*, 1(2), 67-76. doi:<https://doi.org/10.37148/comphijournal.v1i2.14>
- Wulandari, D., & Erawati, M. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Wulandari, R. D., Laksono, A. D., & Rohmah, N. (2021). Urban-rural disparities of antenatal care in South East Asia: a case study in the Philippines and

Indonesia. *BMC Public Health*, 21(1), 1221-1221. doi:10.1186/S12889-021-11318-2

Wulandari, R. D., Putri, N. K., & Laksono, A. D. (2020). Socioeconomic Disparities in Antenatal Care Utilisation in Urban Indonesia. *International Journal of Innovation*, 14(2), 498-514.

Wulandari, S. E. (2016). *Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Pemeriksaan Antenatal Care Kunjungan Pertama (K1) Pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Pisangan Kota Tangerang Selatan*. UIN Jakarta, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan. Retrieved February 20, 2021, from repository.uinjkt.ac.id

Yadav, U. K., Ghimire, P., Amatya, A., & Lamichhane, A. (2021). Factors Associated with Anemia among Pregnant Women of Underprivileged Ethnic Groups Attending Antenatal Care at Provincial Level Hospital of Province 2, Nepal. *Anemia*, 2021, 8847472-8847472. doi:10.1155/2021/8847472

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian

IV. KEADAAN TEMPAT TINGGAL			
NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
101	Apa sumber utama air minum untuk rumah tangga ini?	LEDING/PAM DI DALAM RUMAH 11 DI HALAMAN 12 DARI TETANGGA 13 UMUM 14 SUMUR BOR/POMPA 21 SUMUR TERLINDUNG 31 TIDAK TERLINDUNG 32 MATA AIR TERLINDUNG 41 TIDAK TERLINDUNG 42 AIR HUJAN 51 TRUK TANGKI AIR 61 AIR PIKULAN/DORONGAN 71 SUNGAI/BENDUNGAN/DANAU/KOLAM/ SALURAN IRIGASI 81 AIR KEMASAN 91 AIR ISI ULANG 92 LAINNYA 96 (TULISKAN)	→ 106 → 103 → 103
102	Apa sumber utama air untuk keperluan lain seperti untuk memasak dan cuci tangan?	LEDING/PAM DI DALAM RUMAH 11 DI HALAMAN 12 DARI TETANGGA 13 UMUM 14 SUMUR BOR/POMPA 21 SUMUR TERLINDUNG 31 TIDAK TERLINDUNG 32 MATA AIR TERLINDUNG 41 TIDAK TERLINDUNG 42 AIR HUJAN 51 TRUK TANGKI AIR 61 AIR PIKULAN/DORONGAN 71 SUNGAI/BENDUNGAN/DANAU/KOLAM/ SALURAN IRIGASI 81 LAINNYA 96 (TULISKAN)	→ 106
103	Di mana letak sumber air tersebut?	DI RUMAH SENDIRI 1 DI HALAMAN SENDIRI 2 TEMPAT LAIN 3	→ 105
104	Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mengambil air dari rumah sampai kembali ke rumah?	MENIT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU 998	
105	LIHAT 101 DAN 102: KODE "14" ATAU "21" DILINGKARI	YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>	→ 107
106	Selama 2 (dua) minggu terakhir, apakah pernah tidak tersedia air minimal satu hari penuh dari sumber tersebut?	YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU 8	
107	Apakah ada yang dilakukan pada air tersebut agar lebih aman diminum?	YA 1 TIDAK 2 TIDAK TAHU 8	→ 109

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
108	Apakah yang biasanya dilakukan rumah tangga ini supaya air minum lebih aman diminum? Ada lagi? LINGKARI SETIAP KODE JAWABAN YANG SESUAI JAWABAN BOLEH LEBIH DARI SATU	DIREBUS/DIMASAK A DITAMBAH PENJERNIH/KHLOR/ KAPORIT B DISARING DENGAN KAIN C DISARING DENGAN PENYARING AIR (KERAMIK/PASIR/CAMPURAN DLL)..... D DIJEMUR SINAR MATAHARI..... E DIBIARKAN BEBERAPA WAKTU DALAM WADAH/PENYIMPANAN F LAINNYA X (TULISKAN) TIDAK TAHU Z	
109	Apakah jenis kakus yang biasanya digunakan anggota rumah tangga ini?? JIKA KAKUS SENDIRI, TANYAKAN APAKAH MEMAKAI TANGKI SEPTIK.	KAKUS SENDIRI DENGAN TANGKI SEPTIK 11 TANPA TANGKI SEPTIK 12 KAKUS BERSAMA/UMUM 21 SUNGAI/PARIT 31 CUBLUK 41 HALAMAN/SEMAK/HUTAN 51 LAINNYA 96	112A 112A
111	Berapa rumah tangga yang menggunakan kakus/toilet tersebut?	KURANG DARI 10 0 10 ATAU LEBIH 95 TIDAK TAHU 98	
112A	LIHAT 101: KODE "21", "31" ATAU "32" DILINGKARI	YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>	113
112B	Berapa meter jarak antara sumur dengan tempat rembesan/ penampungan kotoran/tinja terdekat? BULATKAN DALAM METER. JIKA 95 ATAU LEBIH TULIS "95"	JARAK TIDAK TAHU 98	
113	Apa jenis bahan bakar utama yang digunakan untuk memasak?	LISTRIK 01 LPG..... 02 GAS ALAM/GAS KOTA..... 03 BIOGAS..... 04 MINYAK TANAH 05 BATU BARA..... 06 ARANG..... 07 KAYU BAKAR/RANTING 08 JERAMI/SEMAK/RUMPUT 09 TANAMAN HASIL PANEN 10 KOTORAN HEWAN 11 TIDAK ADA KEGIATAN MEMASAK 95 LAINNYA 96 (TULISKAN)	116
114	Apakah kegiatan memasak biasa dilakukan di dalam rumah, di bangunan terpisah, atau di tempat terbuka di luar rumah?	DALAM RUMAH 1 BANGUNAN TERPISAH 2 LUAR RUMAH/TERBUKA..... 3 LAINNYA 6 (TULISKAN)	116

NO.	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
124	Seberapa sering seseorang merokok di dalam rumah ini? Apakah harian, mingguan, bulanan, kurang dari bulanan, atau tidak pernah?	SETIAP HARI 1 PALING SEDIKIT SEKALI SEMINGGU... 2 PALING SEDIKIT SEKALI SEBULAN..... 3 JARANG 4 TIDAK PERNAH 5	
139	Mohon tunjukkan di mana anggota rumah tangga Anda paling sering mencuci tangan. PENCACAH MELAKUKAN PENGAMATAN	DAPAT DIAMATI TEMPAT TETAP 1 TEMPAT TIDAK TETAP 2 TIDAK DAPAT DIAMATI DI LUAR RUMAH/HALAMAN 3 TIDAK DIIZINKAN MELIHAT 4 ALASAN LAIN 5	<div> <div></div> <div>142</div> </div>
140	PENGAMATAN SAJA: AMATI KETERSEDIAAN AIR PADA TEMPAT UNTUK MENCUCI TANGAN	AIR TERSEDIA 1 AIR TIDAK TERSEDIA 2	
141	PENGAMATAN SAJA: AMATI KETERSEDIAAN SABUN, DETERJEN, ATAU CAIRAN PEMBERSIH LAIN	SABUN ATAU DETERJEN (PADAT, CAIR, BUBUK, KRIM) A ABU, LUMPUR, PASIR B TIDAK ADA Y	
142	BAHAN BANGUNAN UTAMA LANTAI RUMAH (TIDAK USAH DITANYAKAN, CUKUP DILIHAT LALU LINGKARI KODE YANG SESUAI)	LANTAI ALAMI TANAH/PASIR 11 KOTORAN HEWAN 12 LANTAI BAHAN KAYU/PAPAN 21 BAMBU/PELEPAH 22 LANTAI JADI PARKET/KAYU YANG DISEMIR 31 VINYL 32 KERAMIK/MARMER/GRANIT 33 UBIN/TEGEL/TERASO 34 SEMEN/BATA MERAH 35 KARPET 36 LAINNYA 96 (TULISKAN)	
142A	Berapa luas lantai rumah ini? BULATKAN DALAM METER PERSEGI (M2). JIKA 995 ATAU LEBIH, TULIS "995"	LUAS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU 998	
143	BAHAN BANGUNAN ATAP RUMAH (CATAT BERDASARKAN PENGAMATAN)	ATAP ALAMI JERAMI/RUMBIA/IJUK 12 RUMPUT 13 ATAP BAHAN TIKAR/ANYAMAN 21 BAMBU/PELEPAH 22 PAPAN 23 ATAP JADI SENG 31 ASBES 32 GENTENG 33 BETON 34 GENTENG METAL 35 SIRAP 36 LAINNYA 96 (TULISKAN)	

BAGIAN 1. LATAR BELAKANG RESPONDEN

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Selamat (pagi, siang, sore,—). Nama saya, saya petugas dari Badan Pusat Statistik yang sedang melaksanakan survei mengenai kesehatan wanita, pria dan anak di seluruh Indonesia. Kami akan sangat menghargai kesertaan Ibu/Saudari dalam survei ini. Saya ingin bertanya mengenai kesehatan Ibu/Saudari dan anak Ibu/Saudari. Keterangan yang kami kumpulkan ini akan sangat membantu pemerintah dalam merencanakan pelayanan kesehatan. Wawancara akan berlangsung sekitar 30 sampai 40 menit. Keterangan apapun yang Ibu/Saudari berikan akan kami jaga kerahasiaannya dan tidak akan diberitahukan kepada pihak lain.

Kesertaan dalam survei ini bersifat sukarela dan Ibu/Saudari dapat memilih untuk tidak menjawab beberapa atau semua pertanyaan. Namun, kami berharap Ibu/Saudari bersedia untuk diwawancarai karena pandangan dan jawaban Ibu/Saudari dalam survei ini sangat penting.

Apakah ada yang ingin Ibu/Saudari tanyakan?

Apakah saya boleh mulai mewawancarai Ibu/Saudari sekarang?

Tanda Tangan Pewawancara : _____ Tanggal : _____

RESPONDEN SETUJU DIWAWANCARAI..... 1 RESPONDEN TIDAK SETUJU DIWAWANCARAI 2 → SELESAI

NO	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
101	CATAT WAKTU	JAM..... <input type="text"/> <input type="text"/> MENIT..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Berapa lama Ibu/Saudari tinggal di (KABUPATEN/KOTA TEMPAT TINGGAL SEKARANG)? JIKA KURANG DARI 1 TAHUN, TULISKAN '00'.	LAMA DALAM TAHUN..... <input type="text"/> <input type="text"/> SEJAK LAHIR..... 95 TAMU..... 96	→ 105
103	Sebelum Ibu/Saudari tinggal di (KABUPATEN/KOTA TEMPAT TINGGAL SEKARANG), apakah tinggal di kota besar, kota kecil atau perdesaan?	KOTA BESAR..... 1 KOTA KECIL..... 2 PERDESAAN..... 3	
104	Dimanakah tempat tinggal terakhir Ibu/Saudari sebelum di (KABUPATEN/KOTA TEMPAT TINGGAL SEKARANG)?	PROV/NEGARA*) : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> KAB/KOTA*) : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> (KODE DIISI EDITOR)	
104A	Dimanakah tempat tinggal Ibu/Saudari 5 tahun yang lalu?	PROV/NEGARA*) : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> KAB/KOTA*) : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> (KODE DIISI EDITOR)	
105	Pada bulan apa dan tahun berapa Ibu/Saudari dilahirkan?	BULAN..... <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU BULAN..... 98 TAHUN..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU TAHUN..... 9998	
106	Berapa umur Ibu/Saudari pada ulang tahun terakhir? BANDINGKAN DAN PERBAIKI 105 DAN ATAU 106 JIKA TIDAK SESUAI.	UMUR DALAM TAHUN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Apakah Ibu/Saudari pernah/sedang sekolah?	YA 1 TIDAK..... 2	→ 111

*) Coret yang tidak perlu

BAGIAN 2. RIWAYAT KELAHIRAN

Sekarang saya ingin bertanya mengenai riwayat kelahiran yang Ibu/Saudari alami. Saya mohon maaf jika beberapa pertanyaan bersifat pribadi.

NO	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
201	Apakah Ibu/Saudari pernah melahirkan?	YA 1 TIDAK..... 2	→ 206
202	Apakah Ibu/Saudari mempunyai anak laki-laki atau anak perempuan yang Ibu/Saudari lahirkan yang sekarang tinggal bersama Ibu/Saudari?	YA 1 TIDAK..... 2	→ 204
203	Berapa jumlah anak laki-laki yang tinggal bersama Ibu/Saudari? Dan berapa jumlah anak perempuan yang tinggal bersama Ibu/Saudari? JIKA TIDAK ADA, TULISKAN '00'	ANAK LAKI-LAKI DI RUMAH..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANAK PEREMPUAN DI RUMAH..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	Apakah Ibu/Saudari mempunyai anak laki-laki atau anak perempuan yang Ibu/Saudari lahirkan, yang sekarang masih hidup tetapi tidak tinggal bersama Ibu/Saudari?	YA 1 TIDAK..... 2	→ 206
205	Berapa jumlah anak laki-laki yang masih hidup tetapi tidak tinggal bersama Ibu/Saudari? Dan berapa jumlah anak perempuan yang masih hidup tetapi tidak tinggal bersama Ibu/Saudari? JIKA TIDAK ADA, TULISKAN '00'	ANAK LAKI-LAKI DI TEMPAT LAIN..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANAK PEREMPUAN DI TEMPAT LAIN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	Apakah Ibu/Saudari pernah melahirkan anak laki-laki atau perempuan yang lahir hidup tetapi sekarang sudah meninggal? JIKA "TIDAK PERNAH", TANYAKAN: Apakah ada anak yang lahir dalam keadaan hidup meskipun hanya beberapa saat?	YA 1 TIDAK..... 2	→ 208
207	Berapa jumlah anak laki-laki yang sudah meninggal? Dan berapa jumlah anak perempuan yang sudah meninggal? JIKA TIDAK ADA, TULISKAN '00'	ANAK LAKI-LAKI YANG SUDAH MENINGGAL..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANAK PEREMPUAN YANG SUDAH MENINGGAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	JUMLAHKAN ISIAN DI 203, 205, DAN 207, DAN TULISKAN JUMLAHNYA. JIKA TIDAK ADA KELAHIRAN HIDUP ATAU TIDAK PERNAH MELAHIRKAN, TULISKAN '00'	JUMLAH..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>LIHAT 208:</p> <p style="text-align: center;">SATU ATAU LEBIH KELAHIRAN HIDUP <input type="text"/></p> <p>Untuk meyakinkan apakah jawaban yang saya peroleh sudah benar, Ibu/Saudari mempunyai _____ anak yang lahir hidup. Apakah angka ini benar?</p> <p style="text-align: center;">YA <input type="text"/></p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">TIDAK ADA KELAHIRAN HIDUP <input type="text"/></p> <p>Untuk meyakinkan apakah jawaban yang saya peroleh sudah benar, Ibu/Saudari tidak mempunyai anak yang lahir hidup. Apakah benar?</p> <p style="text-align: center;">TIDAK <input type="text"/></p> </div> </div> <p style="text-align: right;">JIKA PERLU TANYAKAN LAGI DAN PERBAIKI 201-208</p>		
210	<p>LIHAT 208:</p> <p style="text-align: center;">SATU ATAU LEBIH KELAHIRAN HIDUP <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">TIDAK ADA KELAHIRAN HIDUP <input type="text"/></p>		→ 226

BAGIAN 4. KEHAMILAN DAN PEMERIKSAAN SESUDAH MELAHIRKAN			
401	LIHAT 224: MEMPUNYAI SATU ATAU LEBIH ANAK LAHIR HIDUP SEJAK JANUARI 2012 <input type="checkbox"/>	TIDAK MEMPUNYAI ANAK LAHIR HIDUP SEJAK JANUARI 2012 <input type="checkbox"/>	648
402	LIHAT 215: TULISKAN PADA TABEL NOMOR URUT KELAHIRAN PADA 403 DAN NAMA SERTA STATUS KELANGSUNGAN HIDUP PADA 404 UNTUK SETIAP KELAHIRAN SEJAK JANUARI 2012. AJUKAN PERTANYAAN MENGENAI SEMUA ANAK LAHIR HIDUP, MULAI DENGAN ANAK TERAKHIR. (JIKA LEBIH DARI 2 ANAK LAHIR HIDUP, GUNAKAN KOLOM KEDUA PADA KUESIONER TAMBAHAN). Sekarang saya ingin mengajukan beberapa pertanyaan mengenai kesehatan anak Ibu/Saudari yang lahir dalam lima tahun terakhir. (Kita akan membicarakan seorang demi seorang).		
403	NOMOR URUT KELAHIRAN DARI RIWAYAT KELAHIRAN 212	ANAK TERAKHIR NO. URUT KELAHIRAN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	SEBELUM ANAK TERAKHIR NO. URUT KELAHIRAN..... <input type="text"/> <input type="text"/>
404	DARI 212 DAN 216	NAMA HIDUP <input type="checkbox"/> MENINGGAL <input type="checkbox"/>	NAMA HIDUP <input type="checkbox"/> MENINGGAL <input type="checkbox"/>
405	Pada saat Ibu/Saudari mengandung (NAMA), apakah Ibu/Saudari memang ingin hamil waktu itu?	YA 1 (TERUS KE 407A) ← TIDAK..... 2	YA 1 (TERUS KE 407A) ← TIDAK..... 2
406	LIHAT 208: HANYA SATU KELAHIRAN <input type="checkbox"/> LEBIH DARI SATU KELAHIRAN <input type="checkbox"/> Apakah Ibu/Saudari menginginkan bayi ini kemudian, atau tidak menginginkan anak? Apakah Ibu/Saudari menginginkan bayi ini kemudian, atau tidak menginginkan anak lagi?	KEMUDIAN..... 1 TIDAK INGIN ANAK LAGI/ TIDAK INGIN ANAK..... 2 (TERUS KE 407A) ←	KEMUDIAN..... 1 TIDAK INGIN ANAK LAGI/ TIDAK INGIN ANAK..... 2 (TERUS KE 407A) ←
407	Berapa lama Ibu/Saudari ingin menunggu?	BULAN..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> TAHUN..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU..... 998	BULAN..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> TAHUN..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU..... 998
407A	Apakah (NAMA) mempunyai surat yang menerangkan tentang kelahirannya?	YA 1 TIDAK..... 2 (TERUS KE 407D) ← TIDAK TAHU..... 8	YA 1 TIDAK..... 2 (TERUS KE 407D) ← TIDAK TAHU..... 8
407B	Dapatkah Ibu/Saudari menunjukkan suratnya? LIHAT SURAT APA SAJA YANG ADA. JAWABAN HANYA SATU, JIKA SURAT LEBIH DARI SATU LINGKARI KODE TERBESAR	TIDAK..... 1 SURAT KETERANGAN LAHIR... 2 SURAT LAPORAN KELAHIRAN 3 SURAT KENAL LAHIR..... 4 (TERUS KE 408) ← AKTA KELAHIRAN..... 5	TIDAK..... 1 SURAT KETERANGAN LAHIR... 2 SURAT LAPORAN KELAHIRAN 3 SURAT KENAL LAHIR..... 4 (TERUS KE 426) ← AKTA KELAHIRAN..... 5
407C	Berapa umur (NAMA) ketika memperoleh akta kelahiran?	HARI..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MINGGU..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> BULAN..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> TAHUN..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU TAHUN..... 998 (TERUS KE 408) ←	HARI..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MINGGU..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> BULAN..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> TAHUN..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU TAHUN..... 998 (TERUS KE 426) ←

NO	PERTANYAAN DAN SARINGAN	ANAK TERAKHIR		SEBELUM ANAK TERAKHIR	
		NAMA		NAMA	
410A	Apakah Ibu pernah ditemani suami/pasangan ketika memeriksakan kehamilan (NAMA)?	YA	1		
		TIDAK.....	2		
411	Berapa bulan umur kandungan (NAMA) ketika Ibu/Saudari pertama kali memeriksakan kehamilan?	BULAN.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		TIDAK TAHU.....	98		
412	Selama Ibu/Saudari mengandung (NAMA), berapa kali Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan?	JUMLAH PEMERIKSAAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		TIDAK TAHU.....	98		
		(TERUS KE 413) ←			
412A	LIHAT 412: JUMLAH PEMERIKSAAN KEHAMILAN:	LEBIH DARI SATU KALI ↓	SATU KALI ↓		
		(TERUS KE 413) ←			
412B	Ibu/Saudari mengatakan memeriksakan kehamilan (NAMA) kali. Berapa kali Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan: a. Dalam 3 bulan pertama? b. Antara 4-6 bulan? c. Antara 7 bulan sampai melahirkan? JUMLAH a, b, DAN c HARUS SAMA DENGAN JAWABAN PERTANYAAN 412.	JUMLAH PEMERIKSAAN KEHAMILAN 3 BULAN PERTAMA.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		ANTARA 4-6 BULAN.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		ANTARA 7 BULAN SAMPAI MELAHIRKAN.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
412C	Berapa bulan umur kandungan ketika Ibu/Saudari terakhir kali memeriksakan kehamilan (NAMA)?	BULAN.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		TIDAK TAHU.....	98		
413	Pada saat pemeriksaan kehamilan (NAMA) apakah Ibu/Saudari: - Ditimbang berat badannya? - Diukur tinggi badannya? - Diukur tekanan darahnya? - Diperiksa lingkaran lengannya? - Diperiksa tinggi rahimnya? - Diperiksa (diraba) perutnya? - Diperiksa denyut jantung janin? - Diperiksa darahnya di laboratorium? - Diperiksa air seninya di laboratorium (tes protein urine)? - Konsultasi?	YA TIDAK BERAT BADAN.....	1 2		
		TINGGI BADAN.....	1 2		
		TEKANAN DARAH.....	1 2		
		LINGKAR LENGAN.....	1 2		
		TINGGI RAHIM.....	1 2		
		PERUT.....	1 2		
		DENYUT JANTUNG JANIN.....	1 2		
		DARAH.....	1 2		
		AIR SENI.....	1 2		
		KONSULTASI.....	1 2		
413A	Selama Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan, apakah Ibu/Saudari diberitahu tanda-tanda bahaya (komplikasi) kehamilan?	YA	1		
		TIDAK.....	2		
		(TERUS KE 413C) ←			
		TIDAK TAHU.....	8		
413B	Apakah Ibu/Saudari diberi tahu kemana harus pergi untuk mendapatkan pertolongan jika mengalami bahaya (komplikasi) kehamilan?	YA	1		
		TIDAK.....	2		
		TIDAK TAHU.....	8		
413C	Apakah Ibu/Saudari mengalami tanda-tanda bahaya (komplikasi) selama kehamilan (NAMA)?	YA	1		
		TIDAK.....	2		
		(TERUS KE 413F) ←			

Lampiran 2. Output Hasil Analisis Data

ANALISIS UNIVARIAT

Kunjungan Antenatal Care

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <4 (Tidak Lengkap)	105	15,4	15,4	15,4
>=4 (Lengkap)	578	84,6	84,6	100,0
Total	683	100,0	100,0	

Kelompok Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <20 atau >34 tahun (Berisiko)	214	31,3	31,3	31,3
20-34 tahun (Tidak Berisiko)	469	68,7	68,7	100,0
Total	683	100,0	100,0	

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	43	6,3	6,3	6,3
Pendidikan Rendah	523	76,6	76,6	82,9
Pendidikan Tinggi	117	17,1	17,1	100,0
Total	683	100,0	100,0	

Status Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bekerja	350	51,2	51,2	51,2
Tidak Bekerja	333	48,8	48,8	100,0
Total	683	100,0	100,0	

Riwayat Komplikasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah Mengalami Komplikasi	112	16,4	16,4	100,0
Tidak Pernah Mengalami Komplikasi	571	83,6	83,6	83,6
Total	683	100,0	100,0	

Jumlah Komplikasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	76	67,9	67,9	67,9
2	28	25,0	25,0	92,9
3	8	7,1	7,1	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Prematur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah	33	29,5	29,5	29,5
Tidak Pernah	79	70,5	70,5	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Pendarahan vagina

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	37	33,0	33,0	33,0
	Tidak Pernah	75	67,0	67,0	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Demam tinggi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	10	8,9	8,9	8,9
	Tidak Pernah	102	91,1	91,1	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Kejang dan pingsan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	2	1,8	1,8	1,8
	Tidak Pernah	110	98,2	98,2	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Kehilangan nafsu makan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	35	31,3	31,3	31,3
	Tidak Pernah	77	68,8	68,8	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Muntah dan sakit kepala

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	24	21,4	21,4	21,4
	Tidak Pernah	88	78,6	78,6	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Ketuban pecah dini

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	6	5,4	5,4	5,4
	Tidak Pernah	106	94,6	94,6	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Tekanan darah tinggi/rendah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	9	8,0	8,0	8,0
	Tidak Pernah	103	92,0	92,0	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Daerah Tempat Tinggal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Urban (Perkotaan)	363	53,1	53,1	53,1
	Rural (Pedesaan)	320	46,9	46,9	100,0
	Total	683	100,0	100,0	

Status Ekonomi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Terbawah	166	24,3	24,3	24,3
Menengah Bawah	147	21,5	21,5	45,8
Menengah	152	22,3	22,3	68,1
Menengah Atas	150	22,0	22,0	90,0
Teratas	68	10,0	10,0	100,0
Total	683	100,0	100,0	

Pendampingan Suami

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Tidak Ditemani Suami	129	18,9	18,9	18,9
Ditemani Suami	554	81,1	81,1	100,0
Total	683	100,0	100,0	

ANALISIS BIVARIAT

Kelompok Usia

Kelompok Usia * Kunjungan Antenatal Care
Crosstab

			Kunjungan Antenatal Care		Total
			<4	>=4	
Kelompok Usia	<20 atau >34 tahun (Berisiko)	Count	32	182	214
		% within Kelompok Usia	15,0%	85,0%	100,0%
	20-34 tahun (Tidak Berisiko)	Count	73	396	469
		% within Kelompok Usia	15,6%	84,4%	100,0%
	Total	Count	105	578	683
		% within Kelompok Usia	15,4%	84,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,042 ^a	1	,837	,909	,468
Continuity Correction ^b	,008	1	,927		
Likelihood Ratio	,042	1	,837		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,042	1	,837		
N of Valid Cases	683				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32,90.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kelompok Usia (<20 atau >34 tahun / 20-34 tahun)	,954	,608	1,497
For cohort Kunjungan Antenatal Care = <4	,961	,655	1,409
For cohort Kunjungan Antenatal Care = >=4	1,007	,941	1,078
N of Valid Cases	683		

Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan * Kunjungan Antenatal Care
Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Pendidikan * Kunjungan Antenatal Care	160	100,0%	0	0,0%	160	100,0%

Tingkat Pendidikan * Kunjungan Antenatal Care Crosstabulation

			Kunjungan Antenatal Care		Total
			<4	>=4	
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	Count	12	31	43
		% within Tingkat Pendidikan	27,9%	72,1%	100,0%
	Pendidikan Tinggi	Count	7	110	117
		% within Tingkat Pendidikan	6,0%	94,0%	100,0%
	Total	Count	19	141	160
		% within Tingkat Pendidikan	11,9%	88,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14,443 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	12,424	1	,000		
Likelihood Ratio	12,698	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	14,352	1	,000		
N of Valid Cases	160				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,11.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pendidikan (Tidak Sekolah / Pendidikan Tinggi)	6,083	2,207	16,765
For cohort Kunjungan Antenatal Care = <4	4,664	1,966	11,069
For cohort Kunjungan Antenatal Care = >=4	,767	,633	,929
N of Valid Cases	160		

Tingkat Pendidikan * Kunjungan Antenatal Care Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Pendidikan * Kunjungan Antenatal Care	640	100,0%	0	0,0%	640	100,0%

Tingkat Pendidikan * Kunjungan Antenatal Care Crosstabulation

			Kunjungan Antenatal Care		Total
			<4	>=4	
Tingkat Pendidikan	Pendidikan Rendah	Count	86	437	523
		% within Tingkat Pendidikan	16,4%	83,6%	100,0%
	Pendidikan Tinggi	Count	7	110	117
		% within Tingkat Pendidikan	6,0%	94,0%	100,0%
	Total	Count	93	547	640
		% within Tingkat Pendidikan	14,5%	85,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,424 ^a	1	,004		
Continuity Correction ^b	7,603	1	,006		
Likelihood Ratio	10,036	1	,002		
Fisher's Exact Test				,003	,002
Linear-by-Linear Association	8,411	1	,004		
N of Valid Cases	640				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pendidikan (Pendidikan Rendah / Pendidikan Tinggi)	3,093	1,392	6,870
For cohort Kunjungan Antenatal Care = <4	2,748	1,306	5,783
For cohort Kunjungan Antenatal Care = >=4	,889	,837	,943
N of Valid Cases	640		

Status Pekerjaan**Status Pekerjaan * Kunjungan Antenatal Care Crosstabulation**

			Kunjungan Antenatal Care		Total
			<4	>=4	
Status Pekerjaan	Bekerja	Count	48	302	350
		% within Status Pekerjaan	13,7%	86,3%	100,0%
	Tidak Bekerja	Count	57	276	333
		% within Status Pekerjaan	17,1%	82,9%	100,0%
	Total	Count	105	578	683
		% within Status Pekerjaan	15,4%	84,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,519 ^a	1	,218		
Continuity Correction ^b	1,268	1	,260		
Likelihood Ratio	1,519	1	,218		
Fisher's Exact Test				,243	,130
Linear-by-Linear Association	1,517	1	,218		
N of Valid Cases	683				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 51,19.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Pekerjaan (Bekerja / Tidak Bekerja)	,770	,507	1,168
For cohort Kunjungan Antenatal Care = <4	,801	,563	1,141
For cohort Kunjungan Antenatal Care = >=4	1,041	,976	1,110
N of Valid Cases	683		

Riwayat Komplikasi**Riwayat Komplikasi * Kunjungan Antenatal Care****Crosstab**

			Kunjungan Antenatal Care		Total
			<4	>=4	
Riwayat Komplikasi	Pernah Mengalami Komplikasi	Count	16	96	112
		% within Riwayat Komplikasi	14,3%	85,7%	100,0%
	Tidak Pernah Mengalami Komplikasi	Count	89	482	571
		% within Riwayat Komplikasi	15,6%	84,4%	100,0%
Total		Count	105	578	683
		% within Riwayat Komplikasi	15,4%	84,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,122 ^a	1	,727		
Continuity Correction ^b	,042	1	,837		
Likelihood Ratio	,124	1	,725		
Fisher's Exact Test				,886	,427
Linear-by-Linear Association	,122	1	,727		
N of Valid Cases	683				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,22.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Riwayat Komplikasi (Pernah Mengalami Komplikasi / Tidak Pernah Mengalami Komplikasi)	1,108	,623	1,970
For cohort Kunjungan Antenatal Care = <4	1,091	,667	1,785
For cohort Kunjungan Antenatal Care = ≥4	,985	,906	1,070
N of Valid Cases	683		

Daerah Tempat Tinggal**Daerah Tempat Tinggal * Kunjungan Antenatal Care Crosstabulation**

			Kunjungan Antenatal Care		Total
			<4	≥4	
Daerah Tempat Tinggal	Urban (Perkotaan)	Count	49	314	363
		% within Daerah Tempat Tinggal	13,5%	86,5%	100,0%
	Rural (Pedesaan)	Count	56	264	320
		% within Daerah Tempat Tinggal	17,5%	82,5%	100,0%
Total		Count	105	578	683
		% within Daerah Tempat Tinggal	15,4%	84,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,093 ^a	1	,148	,167	,090
Continuity Correction ^b	1,797	1	,180		
Likelihood Ratio	2,089	1	,148		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2,090	1	,148		
N of Valid Cases	683				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 49,19.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Daerah Tempat Tinggal (Urban (Perkotaan) / Rural (Pedesaan))	,736	,485	1,116
For cohort Kunjungan Antenatal Care = <4	,771	,542	1,098
For cohort Kunjungan Antenatal Care = ≥4	1,049	,983	1,119
N of Valid Cases	683		

Status Ekonomi

Status Ekonomi * Kunjungan Antenatal Care Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Ekonomi * Kunjungan Antenatal Care	234	100,0%	0	0,0%	234	100,0%

Status Ekonomi * Kunjungan Antenatal Care Crosstabulation

			Kunjungan Antenatal Care		Total
			<4	>=4	
Status Ekonomi	Terbawah	Count	46	120	166
		% within Status Ekonomi	27,7%	72,3%	100,0%
	Teratas	Count	5	63	68
		% within Status Ekonomi	7,4%	92,6%	100,0%
Total		Count	51	183	234
		% within Status Ekonomi	21,8%	78,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,729 ^a	1	,001	,000	,000
Continuity Correction ^b	10,565	1	,001		
Likelihood Ratio	13,702	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	11,679	1	,001		
N of Valid Cases	234				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,82.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Ekonomi (Terbawah / Teratas)	4,830	1,827	12,767
For cohort Kunjungan Antenatal Care = <4	3,769	1,565	9,074
For cohort Kunjungan Antenatal Care = >=4	,780	,695	,876
N of Valid Cases	234		

Status Ekonomi * Kunjungan Antenatal Care Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Ekonomi * Kunjungan Antenatal Care	215	100,0%	0	0,0%	215	100,0%

Status Ekonomi * Kunjungan Antenatal Care Crosstabulation

			Kunjungan Antenatal Care		Total
			<4	>=4	
Status Ekonomi	Menengah Bawah	Count	21	126	147
		% within Status Ekonomi	14,3%	85,7%	100,0%
	Teratas	Count	5	63	68
		% within Status Ekonomi	7,4%	92,6%	100,0%
Total		Count	26	189	215
		% within Status Ekonomi	12,1%	87,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,102 ^a	1	,147	,180	,108
Continuity Correction ^b	1,500	1	,221		
Likelihood Ratio	2,275	1	,131		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2,092	1	,148		
N of Valid Cases	215				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,22.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Ekonomi (Menengah Bawah / Teratas)	2,100	,756	5,830
For cohort Kunjungan Antenatal Care = <4	1,943	,765	4,934
For cohort Kunjungan Antenatal Care = >=4	,925	,842	1,016
N of Valid Cases	215		

Status Ekonomi * Kunjungan Antenatal Care Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Ekonomi * Kunjungan Antenatal Care	220	100,0%	0	0,0%	220	100,0%

Status Ekonomi * Kunjungan Antenatal Care Crosstabulation

			Kunjungan Antenatal Care		Total
			<4	>=4	
Status Ekonomi	Menengah	Count	20	132	152
		% within Status Ekonomi	13,2%	86,8%	100,0%
	Teratas	Count	5	63	68
		% within Status Ekonomi	7,4%	92,6%	100,0%
Total		Count	25	195	220
		% within Status Ekonomi	11,4%	88,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,572 ^a	1	,210	,256	,153
Continuity Correction ^b	1,048	1	,306		
Likelihood Ratio	1,688	1	,194		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,565	1	,211		
N of Valid Cases	220				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,73.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Ekonomi (Menengah / Teratas)	1,909	,685	5,320
For cohort Kunjungan Antenatal Care = <4	1,789	,701	4,569
For cohort Kunjungan Antenatal Care = >=4	,937	,856	1,027
N of Valid Cases	220		

**Status Ekonomi * Kunjungan Antenatal Care
Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Ekonomi * Kunjungan Antenatal Care	218	100,0%	0	0,0%	218	100,0%

Status Ekonomi * Kunjungan Antenatal Care Crosstabulation

			Kunjungan Antenatal Care		Total
			<4	>=4	
Status Ekonomi	Menengah Atas	Count	13	137	150
		% within Status Ekonomi	8,7%	91,3%	100,0%
	Teratas	Count	5	63	68
		% within Status Ekonomi	7,4%	92,6%	100,0%
Total		Count	18	200	218
		% within Status Ekonomi	8,3%	91,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,107 ^a	1	,744	1,000	,487
Continuity Correction ^b	,004	1	,951		
Likelihood Ratio	,109	1	,742		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,106	1	,745		
N of Valid Cases	218				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,61.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Ekonomi (Menengah Atas / Teratas)	1,196	,409	3,499
For cohort Kunjungan Antenatal Care = <4	1,179	,438	3,175
For cohort Kunjungan Antenatal Care = ≥4	,986	,907	1,071
N of Valid Cases	218		

Pendampingan Suami**Pendampingan Suami * Kunjungan Antenatal Care
Crosstab**

			Kunjungan Antenatal Care		Total
			<4	≥4	
Pendampingan Suami	Tidak Ditemani Suami	Count	36	93	129
		% within Pendampingan Suami	27,9%	72,1%	100,0%
	Ditemani Suami	Count	69	485	554
		% within Pendampingan Suami	12,5%	87,5%	100,0%
Total		Count	105	578	683
		% within Pendampingan Suami	15,4%	84,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19,203 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	18,034	1	,000		
Likelihood Ratio	16,951	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	19,175	1	,000		
N of Valid Cases	683				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,83.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendampingan Suami (Tidak Ditemani Suami / Ditemani Suami)	2,721	1,718	4,310
For cohort Kunjungan Antenatal Care = <4	2,241	1,572	3,194
For cohort Kunjungan Antenatal Care = ≥4	,823	,736	,921
N of Valid Cases	683		